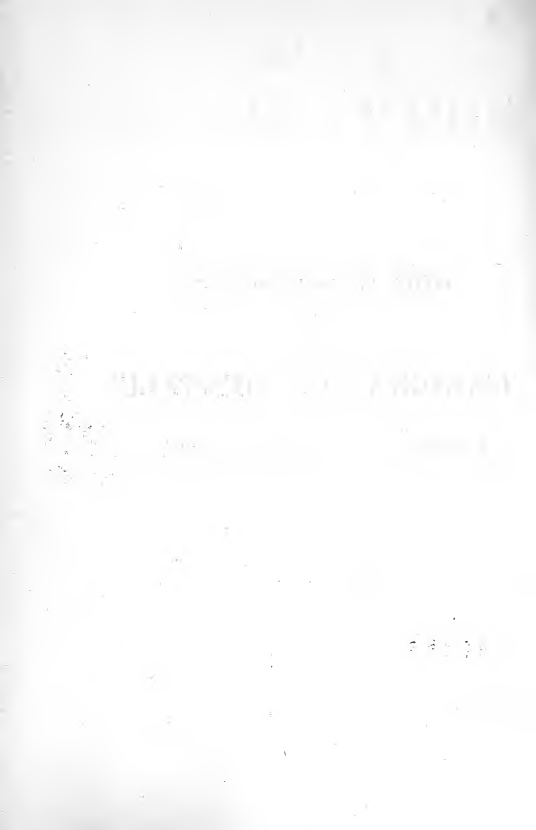


ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.



DIXIÈME SÉRIE — TOME NEUVIÈME

SOIXANTE-QUATORZIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1918

REVIEWS

RESEARCH-PUBLICATIONS

RESEARCH-PUBLICATIONS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

V. MAGNAN  
SA VIE ET SON ŒUVRE

Par le Dr Paul SÉRIEUX

Médecin des asiles d'aliénés.

*Suite et fin* (1).

---

En *anthropologie criminelle*, en *médecine légale*, l'œuvre de Magnan n'est pas moins digne d'intérêt. Cette œuvre, lui-même le souligne, « repose entièrement sur l'observation ».

On sait la vogue qu'a connue la doctrine du criminel-né. A la thèse de Lombroso, Magnan oppose une série de faits et de lumineuses considérations (2).

---

(1) Voir les *Annales* de juillet et d'octobre 1917.

(2) Folie morale. Leçon clinique, *Journ. de méd. et de chir.*, mai 1879, art. 11, 113, p. 204.

De l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime. *Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle*, Paris, août 1889; in *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 243-260; avec 1 planche.

Il nie l'origine ancestrale du crime : le criminel-né n'est point un sauvage survivant au milieu de la civilisation actuelle. Il nie que la criminalité ne soit qu'une enfance prolongée : l'enfant n'est pas prédisposé naturellement au crime, il ne représente pas un homme privé de sens moral. La thèse de la « prédisposition naturelle au crime » n'est donc qu'une interprétation erronée des faits. Les formes primordiales, les germes du crime ne sont des attributs naturels ni des enfants, ni des primitifs. Le criminel est surtout le produit d'états pathologiques, de dégénérescences mentales ; il n'est point le rappel d'états ancestraux, ni la survivance d'états infantiles. Comparant les premières années de l'enfant bien pondéré à l'enfance des dégénérés délinquants ou criminels, Magnan prouve que, dans toute l'histoire biopathologique de ces derniers, se révèlent, malgré les apparences de la raison, les traces de tares cérébrales. Ces sujets à prédisposition native aux délits et aux crimes ne sont pas des êtres normaux, mais des dégénérés. « Tantôt, en effet, les centres modérateurs sont impuissants à réprimer des appétits et des instincts suscités maladivement par des centres en état d'éréthisme ; tantôt, au contraire, les centres modérateurs, déséquilibrés eux-mêmes, n'apportent plus la pondération habituelle qui règle, à l'état normal, les phénomènes instinctifs. Chez le criminel dégénéré, ces centres modérateurs sont à peine représentés : il n'y a plus lutte, et des impulsions, même faibles, l'entraînent sans que la région antérieure proteste ; c'est le règne, sans contrepoids, des instincts » (1).

Dans ses rapports médico-légaux, Magnan a étudié, avec une précision et un sens clinique qui entraînent la

---

(1) *Loc. cit.*, p. 246, 249.

conviction, les questions de responsabilité et de capacité civile soulevées par les épileptiques, les paralytiques, les dégénérés, les délirants chroniques, les enfants anormaux, les aphasiques, etc. Magnan était un expert très écouté des magistrats. On savait qu'il n'avait qu'une passion, la recherche de la vérité. Le soin scrupuleux avec lequel il étudiait les dossiers et poursuivait l'examen biopathologique complet du sujet, l'habileté avec laquelle il observait les prévenus, la netteté et l'indépendance avec lesquelles il rédigeait ses conclusions, lui firent confier les affaires médico-légales les plus importantes. « Peu de ses rapports ont été publiés; qu'il s'agisse d'affaires criminelles ou civiles; on doit le regretter, ajoute M. Marcel Briand, car ils sont écrits avec une science et une conscience qui en font des œuvres magistrales (1) ». Toujours Magnan se montra opposé à la doctrine de la responsabilité partielle. Il a aussi beaucoup contribué à faire admettre aux magistrats l'irresponsabilité des dégénérés impulsifs, dont la perpétuelle déséquilibration fait surgir des problèmes médico-légaux d'autant plus difficiles que ces malades apparaissent, à première vue, en possession de leur liberté morale. « Il n'y a pas lieu, dit Magnan, de tenir compte seulement de l'état mental constitu-

---

(1) Parmi les quelques rapports médico-légaux que Magnan a publiés, citons un rapport sur l'état mental de la nommée Louise V... présenté au ministre de l'Intérieur (en collaboration avec Foville et Lunier), *Ann. méd.-psychol.*, 1882, t. VIII, p. 225; un rapport sur un cas d'exhibitionnisme, *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 207; un autre sur un cas de folie simulée, *Ibid.*, p. 547; un autre concernant un persécuté persécuteur, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2<sup>e</sup> édit., p. 369. Notons encore le rapport de Magnan sur l'état mental de la princesse Louise de Saxe-Cobourg et Gotha (en collaboration avec P. Dubuisson), *Echo de Paris*, 27 mai 1905.

Plusieurs rapports médico-légaux de Magnan ont été rédigés en collaboration avec Charcot, Brouardel, Motet, Paul Garnier, Marcel Briand, Vibert, Roubinovitch.

tionnel, pur et simple, du dégénéré, mais encore des obsessions et impulsions, stigmates psychiques ayant un caractère commun d'irrésistibilité telle que le dégénéré est privé de sa liberté d'action, en dépit de son état de conscience. »

Magnan a insisté à maintes reprises sur la force invincible qui pousse ces déséquilibrés à des actes délictueux ou criminels, ainsi que sur le rôle de l'alcool comme cause provocatrice des impulsions. Dans son rapport sur l'*Obsession criminelle morbide* (1), il a étudié les impulsions à l'homicide, au vol, à l'incendie, ainsi que les obsessions sexuelles, et mis en relief leur irrésistibilité. Ces vues sont d'une justesse clinique indiscutable, et, si des abus singuliers ont été faits de l'irresponsabilité des déséquilibrés, Magnan ne saurait en être tenu pour responsable.

La *simulation de la folie* a été bien étudiée par Magnan (2). Cette simulation n'est pas facile : « il n'y a guère, dit-il, dans toute la série des psychoses, que la mélancolie qui puisse prêter à l'imitation soutenue, surtout si le simulateur a la sagesse de s'en tenir à la dépression sans stupeur, sans anxiété, ni idées délirantes ». Et il relate l'histoire instructive d'un criminel qui avait assassiné, pour le voler, son compagnon de voyage. Deux jours après son arrestation, il était pris subitement de troubles intellectuels. Chargé de l'expertise, Magnan le soumit pendant plusieurs mois, dans son service, à un examen attentif; il réussit à démasquer cet habile simulateur. Devant le jury, l'accusé continua de simuler. Mais l'expert, par la

---

(1) Troisième Congrès d'anthropologie criminelle, Bruxelles, 1892; in *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 334-352.

(2) Leçon sur la simulation de la folie. *Journ. de méd. et de chir.*, 1880, p. 211.

solidité de son argumentation, réussit à convaincre les jurés. L'assassin, déclaré coupable, fut condamné aux travaux forcés à perpétuité. Deux jours après, il cessait et avouait sa simulation, se déclarant « heureux d'avoir ainsi sauvé sa tête ». « Et ce lypémaniaque stupide, ajoute Magnan, après avoir, à son départ de l'Admission pour la prison, souligné son état d'impuissance par un gâtisme obstiné, retrouvait, au lendemain du jugement, ouïe, parole, vigueur et gaieté (1). » Confirmation éclatante du diagnostic perspicace de l'expert!

L'importance de la *folie méconnue* est encore plus grande que celle de la folie simulée. Les actes commis par certains aliénés ressemblent souvent à ceux des délinquants ordinaires; d'autre part, il est des maladies mentales dont les symptômes ne sont ni bruyants, ni révélateurs. Les magistrats se préoccupant surtout de l'acte, sans assez tenir compte des antécédents, et, d'autre part, les aliénés avouant sans difficulté, la question de la responsabilité n'est parfois même point posée : une condamnation est prononcée. C'est ainsi que Magnan pouvait voir, chaque année, entrer dans son service une cinquantaine de détenus évacués de prisons où ils purgeaient des condamnations pour des délits ou des crimes manifestement commis en pleine aliénation mentale. Ce nombre, d'ailleurs, ne comprend pas tous les aliénés méconnus; beaucoup, en effet, n'offrant pas de délire actif, restent en prison sans attirer l'attention (2). Ces faits ont déjà soulevé des

---

(1) Simulation de la folie et folie méconnue. *Bull. médical*, 27 décembre 1891; in *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 544-565; avec 1 planche.

(2) Rapport au préfet de la Seine, 1898; in Rapport de P. Strauss au Sénat, 1912, p. 58.

protestations. En Belgique, on a prescrit une visite des détenus par des médecins aliénistes, en vue de faire transférer dans les asiles ceux qui sont aliénés. Cette mesure excellente était cependant, pour Magnan, encore insuffisante. Le seul moyen d'éviter à des irresponsables la flétrissure d'une condamnation, c'est « d'instituer, surtout dans les grands centres, une visite *indicatrice* de tous les prévenus, par un médecin aliéniste ; cet examen rapide fournirait un renseignement qui ne lierait et n'entraverait point le juge d'instruction, mais éveillerait l'attention sur les individus susceptibles d'être l'objet d'une enquête médico-légale (1). »

Le rôle de Magnan au point de vue de l'assistance des aliénés, de l'organisation médicale des asiles, au point de vue de la législation des aliénés, de la médecine sociale, ce rôle, lui aussi, a été fort important.

Magnan s'est vivement intéressé aux *questions d'assistance* qui ont pour but l'amélioration du sort des aliénés. Il a fait connaître ses vues d'ensemble dans son discours au Congrès de médecine de 1900 et dans ses articles du *Traité de thérapeutique pratique* (1913). Il demande le rajeunissement et la transformation des asiles. Il insiste sur les avantages des asiles spéciaux d'épileptiques et d'alcooliques, ainsi que des hospices spécialement réservés aux déments séniles et aux organiques inoffensifs. Pour les psychoses aiguës, il veut de véritables salles d'hôpital, aménagées en vue de l'alitement et de la surveillance continue ; pour les convalescents et les chroniques, il est partisan des colonies à portes ouvertes.

La question des asiles d'alcooliques a, depuis 1890,

---

(1). Communication au V<sup>e</sup> Congrès pénitentiaire international. Paris, 1895, 5 pages. Melun, Imprim. administrative.

particulièrement retenu l'attention de Magnan (1). Il a montré que le traitement des habitudes d'intempérance ne pouvait être mené à bien dans les services ordinaires de nos asiles : des établissements spéciaux devaient être créés, avec une organisation matérielle et morale adaptée aux exigences multiples du traitement de ces malades. Complètement sevré de toute boisson fermentée ou distillée, le buveur doit prendre l'habitude de l'abstinence totale de tout breuvage alcoolique. Il lui est plus facile que partout ailleurs de maîtriser son appétit impulsif pour l'alcool, dans cette retraite, où il lui faut mener une vie réglée, dans les meilleures conditions d'hygiène, à l'abri des excitations du dehors, des fatigues professionnelles, et où tous, médecins et serviteurs, lui donnent l'exemple de l'abstinence. L'asile spécial n'a pas seulement pour but de faire perdre au buveur le besoin maladif d'un stimulant toxique; il est encore organisé de telle façon que l'alcoolisé puisse y reprendre le goût du travail, refaire l'éducation de son énergie abattue, se ressaisir lui-même, redevenir conscient et soucieux de sa dignité.

Si Magnan ne réussit pas à obtenir la création d'un asile spécial d'alcooliques, ni de maisons pour les

---

(1) Rapport sur le service du Bureau d'Admission de l'asile Sainte-Anne, 1891.

Rapport, etc., 1892, in P. Sérienx. L'asile d'alcooliques du département de la Seine. *Annal. médico-psychol.*, novembre 1895, p. 4, 5.

Rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique sur la création d'asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques (avec Legrain), septembre 1894.

Rapport sur les opérations du jury du concours pour la construction du cinquième asile (avec Salleron). *Proc.-verb. Commiss. de surveill. des asiles de la Seine*, mars 1895.

Des asiles d'alcooliques. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Séance du 23 juillet 1895, 13 pages.

buveurs d'habitude, il décida cependant le Conseil général de la Seine à organiser, dans les asiles de Ville-Evrard et de Maison-Blanche, des services spécialement affectés au traitement des alcoolisés.

Frappé des lacunes de la législation pour ce qui a trait aux intoxiqués, Magnan a réclamé toute une série de mesures relatives au régime des boissons, au traitement des alcoolisés et des buveurs d'habitude, enfin à la détention non limitée des alcooliques incurables dangereux.

C'est l'organisation du service médical des asiles, — et non la législation des aliénés, comme l'imaginent certains publicistes, — qui demeure la clé de voûte de l'assistance de ces malades. Cette question aussi a préoccupé Magnan. On doit à son influence et à son énergique insistance, des réformes capitales qui ont fermé la porte à l'arbitraire dans le choix des médecins de nos établissements. Le caprice de tel homme politique ou de tel administrateur n'a plus, comme naguère, le pouvoir de créer des médecins aliénistes improvisés et dont la vocation ne s'est révélée qu'à un âge avancé et après maints déboires. Actuellement, sont soumis au concours les candidats aux emplois d'internes des asiles d'aliénés de la Seine (arrêté du 8 mars 1880) et de plusieurs asiles de province, les candidats aux emplois de médecins-adjoints des asiles de France (arrêté ministériel du 18 juillet 1888), et de médecins des asiles de la Seine (décret ministériel du 12 décembre 1907). En remerciant, à l'occasion de ce dernier décret, le président du Conseil, M. Ciernenceau, d'avoir « accompli une réforme qui assure l'avenir de la médecine mentale en France », Magnan oubliait de dire que nul n'avait plus que lui contribué à cette réforme.

Nos asiles renferment, à côté des aliénés proprement



ditions, un nombre non négligeable de sujets non délinquants : fous moraux, dégénérés antisociaux, criminels-nés, débiles à perversions instinctives, etc. L'état mental de ces anormaux psychiques constitutionnels, qui ne sont point des *malades*, mais des « monstres », est caractérisé par l'instabilité psychique, la faiblesse de la volonté, des tendances foncièrement malfaisantes et antisociales, et par l'apparition d'impulsions dangereuses sous l'influence de l'alcool. Ce ne sont ni des ivrognes vulgaires, ni de simples vicieux, ni des simulateurs, ni des délinquants susceptibles d'être intimidés par la répression pénale. Incapables de s'adapter à la vie sociale, leur vie se partage entre la prison et l'asile. Sont-ils en prison, on ne peut se défendre de l'impression qu'ils ne se trouvent pas à leur place ; mais, d'autre part, lorsqu'ils sont à l'asile, une conclusion identique s'impose. C'est qu'en effet ces dégénérés malfaisants peuvent, à bon droit, être considérés comme insuffisamment aliénés pour l'asile, et insuffisamment responsables pour la prison. Bien que trop dangereux pour rester en liberté, ces anormaux bénéficient, cependant, des lacunes de la législation : faute de moyen terme entre la prison et l'asile, on déclare leur responsabilité « atténuée », solution illogique et néfaste au point de vue de la prophylaxie du crime, car elle leur confère une quasi-impunité. Assurés d'une indulgence systématique, qui ne fait qu'exalter leur virulence, ces éléments parasites, dangereux pour les particuliers, pour la famille, et pour tout l'organisme social, multiplient leurs agressions, à l'abri de leur « irresponsabilité ».

Pour ces dégénérés inadaptés, à l'égard de qui la psychiatrie, la médecine légale et la justice ont trop longtemps rivalisé de faiblesse, et qui relèvent de la tératologie psychique plus que de la thérapeutique psychia-

trique, Magnan propose des établissements spéciaux, des *asiles de sûreté* (1).

L'heure n'est pas encore venue de l'organisation de cette œuvre d'assistance et surtout de défense sociale. Trop de préjugés tyrannisent encore les esprits. La répression des actes antisociaux oscille au gré des préjugés et des engouements, entre une sévérité et une indulgence également aveugles. Cependant, à la lumière des travaux de Magnan sur les dégénérescences, la banqueroute de notre législation criminelle apparaît évidente. On peut prévoir le temps où les conceptions surannées des juristes, comme les chimères des idéologues, étant définitivement écartées, la science seule interviendra. Ce ne sont ni des survivances métaphysiques, ni des théories erronées, ni un humanitarisme sentimental qui fourniront le roc inébranlable où jeter les bases de la criminologie. La science étudiera la nature des actes antisociaux et l'état mental des inadaptés au milieu social. Et pour cette étude qui — Magnan l'a montré — doit être une étude clinique, quelle science devra être mise à contribution sinon celle qui s'occupe des anomalies mentales? Quand les notions psychiatriques seront plus répandues, on pourra aborder le problème des mesures à prendre contre les anormaux psychiques constitutionnels, sujets autrement antisociaux que les aliénés. Ainsi seront réalisés et les vœux de Magnan et la prophétie de Morel, pour qui les lois qui règlent la pénalité étaient « destinées un jour à subir des modifications dont l'honneur reviendra aux médecins qui auront appris à mieux faire connaître les nombreuses modifications que l'hérédité imprime à l'organisation ». Ce sera là, sans doute, la tâche du xx<sup>e</sup> siècle.

---

(1) Cf. Thérapeutique générale des maladies mentales (avec P. Sérieux), in *Traité de thérapeutique pratique*, t. IV, p. 603.

Comme Esquirol, Ferrus, J.-P. Falret, à qui l'on doit la loi de 1838, Magnan s'est intéressé à la *législation des aliénés*, soit dans les discussions du Conseil supérieur de l'Assistance publique (1), soit au cours des enquêtes provoquées par les projets de revision de la loi de 1838. L'opinion de l'illustre représentant de la psychiatrie française fut toujours accueillie avec déférence par les Commissions parlementaires (2). Dans cette sphère de son activité comme dans les autres, l'amélioration du sort des malades fut sans cesse sa principale préoccupation (3).

Au reste, Magnan tenait la loi de 1838 pour « inspirée par une pensée essentiellement humanitaire, toute à l'avantage du malade et de la sécurité publique... ; elle étonne et surprend ceux-là mêmes qui, après l'avoir violemment critiquée, sont appelés à l'examiner et à indiquer les modifications qu'elle doit subir ; à mesure qu'ils l'approfondissent, ils sont forcés de convenir qu'elle est simple, pratique, protectrice et bienfaisante, et que la plupart des réformes projetées sont, pour le moins, d'une utilité contestable. »

A l'Académie de Médecine, en 1914, Magnan intervint pour défendre l'intérêt des malades qui lui paraissait compromis par certaines dispositions du nouveau projet de loi. Alors âgé de près de quatre-vingts ans, il fit preuve d'une ardeur toujours aussi éclairée, et d'une

---

(1) Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1895, 1<sup>re</sup> session, 1<sup>re</sup> séance.

(2) Cf. Rapport de P. Strauss au Sénat, sur le *Régime des aliénés*, 12 juillet 1912. Paris, Imprimerie du Sénat, 1913.

(3) Cf. La réforme des lois sur les aliénés. Discussion du rapport de M. Larnaude, présenté à la *Société d'études législatives*. Communication de Magnan, séance du 28 janvier 1904, p. 49-76 ; 1 vol. in-8°, Paris, Rousseau, éditeur, 1904.

Cf. les travaux de Magnan, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, relatifs à la jurisprudence de la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

dialectique toujours aussi vigoureuse. Il demande qu'on accroisse le délai qui précède l'intervention judiciaire en matière d'internements définitifs, et qu'il soit porté à neuf mois et, mieux encore, à un an. Il signale le danger que pourrait amener le traitement dans des asiles ouverts d'un groupe d'aliénés prétendus inoffensifs et qui, en réalité, sont parmi les plus dangereux pour l'ordre public et pour leur propre sécurité. Certains veulent les considérer comme atteints d'« affections mentales » et non d'« aliénation ». Ce sont, il est vrai, des malades *lucides* et d'une *logique serrée* ; mais ils « cachent, sous des apparences raisonnables, les formes morbides les plus insidieuses, tels certains mélancoliques, certains états obsédants et impulsifs redoutables et dangereux » (1). Et Magnan conclut « qu'il ne faut pas grouper sous une même rubrique des malades qui n'ont aucune ressemblance. Il ne faut pas placer, avec des malades inoffensifs, d'autres, habituellement tranquilles, mais susceptibles de réactions imprévues. Le médecin ne doit jamais perdre de vue qu'un aliéné peut toujours devenir dangereux. Toute classification qui négligerait ces faits serait inexacte et devrait être écartée (2). »

« La médecine et l'hygiène, a dit Descartes, sont le principal moyen de rendre les hommes communément vertueux. » Cette pensée acquiert toute sa signification si l'on prend garde que ces mots : « la médecine et

---

(1) A propos de la question du suicide chez les mélancoliques, rappelons qu'on doit à Magnan une observation intéressante de « Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine 3 centimètres ». (*Comptes rendus Soc. de Biologie*, séance du 10 mai 1890.) Cette observation a été recueillie avant l'application de l'aliénement dans le service de l'admission. Depuis lors, au cours d'une période de douze années, et sur près de vingt mille malades passés par la division des femmes, où affluent tant de mélancoliques anxieuses, aucun suicide n'a été relevé.

(2) Académie de Médecine. Séance du 31 mars 1914.

l'hygiène » doivent être considérés surtout au point de vue psychiatrique. Entre toutes les sciences médicales, la pathologie mentale possède ce privilège de projeter sa lumière au delà du territoire des choses de la médecine. On ne peut exagérer le rôle d'une science qui, ayant pour objet de ses investigations les fonctions cérébrales et leurs troubles, rayonne sur un domaine illimité. « Tout problème de médecine mentale, dit M. Ritti, a pour corollaire une application sociale. » Vérité illustrée par plusieurs maîtres de la médecine mentale française : Calmeil, Trélat, Morel, qui ont approfondi les questions de *médecine sociale* et poursuivi « la régénération intellectuelle, physique et morale de l'espèce humaine ». A ces noms, il convient d'ajouter celui de Magnan.

Il est peu de questions aussi importantes que celle de l'hygiène mentale d'un peuple. Or, qui fut mieux placé que le médecin de l'Admission de Sainte-Anne pour dénoncer le péril grandissant des intoxications, des infections, de l'hérédité morbide, pour révéler leur rôle comme facteurs de la dégénérescence, et pour montrer enfin que c'est parmi les dégénérés que se recrutent les armées, à effectifs croissants, des aliénés, des anormaux, des criminels? Magnan s'attacha à faire l'éducation de l'opinion publique, qui ne se soucie guère de sélection sociale; il ne cessa de réclamer les mesures de prophylaxie que commande l'eugénique, aujourd'hui encore dans l'enfance, et de formuler les règles d'hygiène mentale dont l'observance s'impose à l'organisme social aussi bien qu'à l'individu.

Dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme, de la prophylaxie des maladies mentales, l'influence de Magnan a été des plus actives. Il a, sans répit, dénoncé l'alcool et les essences comme des poisons dont l'action élective sur l'écorce cérébrale en fait des facteurs puis-

sants de dégénérescence, et affirmé qu'il suffirait de *vouloir* pour diminuer de moitié le nombre des victimes des maladies mentales.

Dans une de ses dernières communications (1912), Magnan traite, une fois de plus, de la question de l'alcoolisme au point de vue social. « Fléau redoutable, écrit-il, pour l'individu qu'il pousse vers l'asile, l'hôpital ou la prison, l'alcoolisme est, pour la Société, un pesant fardeau; il finira, si l'on n'y porte remède, par entraîner la dégradation physique, intellectuelle et morale de la race. » L'alcool, d'après ses statistiques (1), provoque plus du tiers des admissions dans les asiles d'aliénés de la Seine (alcoolisés simples et psychopathes alcooliques des deux sexes); soit, pour les hommes, près de la moitié des admissions, et, pour les femmes, un cinquième (année 1910). Cette population, envahie par le poison (et souvent le père et la mère sont tous deux intoxiqués, d'où aggravation de la tare), cette population n'est malheureusement pas stérile : des enfants, un tiers environ disparaît dans les premières années; parmi les survivants, on compte de nombreux idiots, épileptiques, dégénérés, déséquilibrés. « Il suffit, écrit Magnan (1), de porter ses regards sur le grand groupe des dégénérescences mentales — triste descendance des alcoolisés — pour s'assurer que l'alcoolisme fournit aux quartiers d'hommes des asiles de la Seine les trois quarts de leur population... L'alcoolisme, non seulement transforme profondément l'individu, mais transmet à ses descendants des tares qui en font des malades ou des criminels... L'accroissement des dégénérés marche de pair avec les progrès de l'alcoolisme. »

Ajoutons, pour compléter ce qui a trait à ces ques-

---

(1) Alcoolisme et dégénérescence (avec A. Fillassier). *First Intern. Eugenics Congress*. Londres, juillet 1912, 15 pages.

tions, que Magnan a consacré, dans ses considérations générales du *Traité de thérapeutique pratique* de Robin (1913), un chapitre à la prophylaxie des maladies mentales : prophylaxie individuelle et prophylaxie sociale (1).

\* \*

Que dire de la vie de Magnan ? On a examiné son œuvre, depuis son internat à Bicêtre jusqu'à l'année qui précéda sa mort. Ce faisant, on a fait l'histoire de sa vie. N'ayant vécu que pour la science et pour les aliénés, on a tout dit de Magnan quand on a rappelé sa passion pour la première, sa compassion pour les seconds, exposé son œuvre scientifique et son œuvre bienfaisante. Sur le reste, on peut être bref.

Rappelant ces belles figures de savants d'autrefois, dont la noblesse n'allait pas sans quelque austérité, Magnan, en entrant à Sainte-Anne, décida de vouer son existence à étudier et à soigner les maladies mentales. Pour écarter tout ce qui pouvait le détourner de son but, il se confina délibérément dans une sorte de retraite. C'est au milieu même de ses malades qu'il installa, d'une manière définitive et quasi-symbolique, sa demeure. Des fenêtres de son cabinet de travail, enserré entre les divisions d'hommes et de femmes et le pavillon d'isolement, il ne connaît pas d'autre horizon que les cours de ses malades. Il n'a qu'une porte à pousser et le voilà dans leurs salles. Dans cette vie de clôture et de renoncement, ce travailleur acharné veut tout ignorer des divertissements, des séductions — et aussi des servitudes — de la vie mondaine. Il entend vivre loin du « siècle ». Chaque année, il prenait un court congé qu'il allait passer au bord de la mer. Mais

---

(1) T. IV, p. 625-629 (avec P. Sérieux).

bientôt son service lui manquait ; il avait hâte de reprendre ses travaux. Rien ne put faire dévier Magnan de la stricte observance de sa règle de vie. La tâche qu'il s'était imposée du jour où il se consacra à la psychiatrie : « travailler », « être utile aux aliénés », il la poursuivit avec une sincérité qui commande l'admiration, et avec une ardeur toujours égale. Ses malades, ses travaux, ses réformes longuement méditées, son enseignement, ses élèves, voilà toute sa vie. On connaît peu d'existences dont l'unité se soit maintenue plus parfaite.

Tant d'efforts et tant de dévouement ont reçu leur récompense. Le destin n'est pas toujours aveugle. Magnan a marqué sa place parmi les maîtres les plus éminents de la médecine mentale ; il a eu l'affection et la vénération de ses disciples et de ses malades ; enfin, les distinctions les plus éclatantes sont venues à lui, et pour ainsi dire malgré lui. Dédaigneux du bruit et de la publicité, Magnan a mis, en effet, à fuir la popularité toute l'application que d'autres emploient à la poursuivre. Il n'usait même pas des moyens les plus légitimes de faire connaître son œuvre et son nom. Aucun souci de la notoriété. Et, cependant, tous les honneurs auxquels, en ses rêveries les plus ambitieuses, il pouvait songer, alors qu'étudiant inconnu et sans appui il préparait le concours de l'internat dans son humble logis de la rue de l'Ouest, tous les honneurs auxquels peut prétendre un grand médecin, Magnan les a connus.

Lauréat de l'Institut (1872 et 1889), il fut appelé deux fois (1875 et 1879) à la vice-présidence de la Société de Biologie. A deux reprises différentes aussi (1887 et 1900), il présida les travaux de la Société médico-psychologique. La Société neuro-psychiatrique de Moscou lui décerna le titre de membre d'honneur. En 1900, président de la section de psychiatrie du



XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, Magnan connut la joie d'une ovation triomphale décernée par les médecins aliénistes du monde entier. Le Gouvernement, qui avait souvent fait appel à ses lumières, lui avait décerné la médaille d'or de l'Assistance publique (1912), la croix (1885), puis la rosette d'officier de la Légion d'honneur (1902). Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine (section d'hygiène et de médecine légale) en 1893, il en devint ensuite Président (1). Si le titre de « Professeur » lui a manqué, c'est qu'il ne suffit pas, pour l'obtenir, d'une maîtrise incontestée dans tel domaine de la science. Pendant tout le cours du XIX<sup>e</sup> siècle, la Faculté de médecine de Paris a ignoré les maîtres qui avaient créé la clinique mentale : ni Esquirol, ni Falret, ni Baillarger, ni Morel, ni Magnan n'ont été appelés par elle à enseigner (2). La psychiatrie française a perdu à l'ostracisme dont Magnan fut victime. Le rayonnement de l'influence de ce grand clinicien eût été augmenté par sa situation officielle, comme ces phares qu'on surélève pour en décupler la portée.

Une des satisfactions auxquelles Magnan attachait le plus de prix fut la célébration de son Jubilé, qui eut lieu en 1908, à l'occasion de sa quarantième année de service comme médecin de Sainte-Anne. Longtemps il avait refusé de donner son assentiment à cette mani-

(1) *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr V. Magnan*; 1 broch. in-4°, 65 p., Dumoulin, imprimeur, Paris, 1886.

*Supplément à l'exposé*, etc., 1 broch. in-4°, 29 p., Dumoulin, imprimeur, Paris, 1893.

(2) En 1877, lors de la création de la chaire des maladies mentales, Magnan fut présenté en première ligne, *ex æquo*, avec B. Ball, par la Commission de la Faculté. Il fut porté en seconde ligne sur la liste de présentation au ministre, mais ne fut pas nommé, par suite de présentation où le souci de l'enseignement, de la science et de l'intérêt général n'avait rien à voir.

festation de l'admiration de tous, mais il dut céder à l'insistance de ses élèves. Ses collègues et ses amis de l'Académie, des autres Sociétés savantes et des asiles d'aliénés, ses anciens élèves, ainsi que de hautes personnalités de la politique et de l'administration, parmi lesquelles le Président du Conseil des ministres, M. Clemenceau, se réunirent, le 15 mars, dans l'amphithéâtre des cours, afin de lui offrir une médaille pour laquelle avaient souscrit les aliénistes du monde entier. La médaille, œuvre du professeur Paul Richer, porte, sur sa face, l'effigie en profil du médecin de Sainte-Anne avec cette inscription : MALUIT LENITATEM QUAM VIM ADHIBERE. Sur le revers, le médailleur, abandonnant l'allégorie banale, a gravé un document plein de vie qui symbolise toute l'existence du Maître : il l'a représenté dans sa salle d'alitement, au lit de ses malades, entouré de ses élèves « en pleine activité de travail... à la recherche d'un diagnostic difficile... Cette médaille, ajoutait Magnan, marque une date dans l'histoire de l'assistance des aliénés ; elle montre la salle d'hôpital remplaçant le quartier cellulaire, elle confirme la substitution de la persuasive douceur aux moyens de contrainte. »

Plusieurs allocutions furent prononcées, exaltant l'œuvre scientifique et bienfaisante du médecin de Sainte-Anne, la noblesse de sa vie, la dignité de son caractère. Motet, de l'Académie, loua « l'homme droit et ferme, marchant patiemment, sûrement, vers un but clairement entrevu... ayant toujours les yeux dirigés vers un idéal de probité scientifique... ; qui donna avec une inlassable énergie le meilleur de soi-même à une œuvre considérable. »

M. Gley, professeur au Collège de France, au nom de la Société de biologie, rendit hommage « à un de ses membres qui ont puissamment contribué à son renom

« dans le monde scientifique » et termina en appliquant au Maître ce qu'on a dit de Renan : « Sa vie a été parfaitement digne et noble. Il n'a vécu que de son travail et pour son travail... ». « Les amis, lui dit le professeur Bouchard, les disciples qui te font cortège, honorent en toi l'amitié fidèle, l'infatigable persévérance dans la poursuite de la vérité, les enseignements répandus, les services rendus à la science, au pays, aux malades, aux amis, aux inconnus. »

MM. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique (1), Marcel Briand, médecin des asiles de la Seine, un de ses plus anciens internes, Ladame (de Genève), délégué de la Société des médecins aliénistes suisses, Bajenoff (de Moscou), P. Sérieux, honorent le savant qui avait continué les grandes traditions de la psychiatrie française, proclamant que si la France avait conservé, dans ce domaine, le rang qu'elle occupe depuis un siècle, c'est à Magnan qu'on le devait.

Parlant de l'importance de l'enseignement clinique du médecin de l'Admission, M. M. Briand s'exprimait ainsi : « La médecine mentale doit s'enseigner surtout par la parole qui seule permet, à l'occasion de chaque espèce observée, d'établir des comparaisons, d'entrer dans des développements, de tirer des déductions, traduire la pensée avec assez de netteté. La simple causerie est particulièrement précieuse, car elle laisse au maître le loisir d'exposer aux disciples ce qu'on pourrait appeler ses « pensées d'attente », hypothèses d'aujourd'hui, vérités de demain... qui constitueront les éléments de la tradition orale. »

Plusieurs adresses enthousiastes émanant de la

---

(1) Discours du D<sup>r</sup> Ritti, *Ann. méd.-psychol.*, mai-juin 1908, p. 505.

Société des neurologistes et aliénistes de Moscou, et de plusieurs autres Sociétés savantes de Russie, avaient été confiées au professeur Mierzejewsky, de Petrograd, le vieil ami et collaborateur de Magnan. Mais, la veille de la cérémonie, M. Mierzejewsky sentit les atteintes du mal qui devait l'emporter quelques jours après, et l'éclat de ce beau jour en fut pour Magnan assombri.

Magnan répondit aux allocutions par un discours plein de charme, rappelant à grands traits ses luttes, ses travaux, ses réformes, et remerciant chacun des orateurs (1).

Cette même année (1908), Magnan fonda la *Société clinique de médecine mentale*, dont le but correspondait aux tendances de toute sa vie scientifique. Dans sa pensée, cette Société devait être un centre d'enseignement clinique mutuel, et perpétuer, en quelque sorte, l'enseignement du Bureau d'Admission. Il présida la Société la première année et il tint à inaugurer ses travaux en présentant lui-même le premier malade.

Au début de l'année 1912, Magnan, alors âgé de soixante-dix-sept ans, résolut de faire valoir ses droits à la retraite. A cette occasion, l'administration préfectorale et le Conseil général de la Seine décidèrent de donner au médecin de Sainte-Anne « un témoignage éclatant de leur reconnaissance et de leur admiration ».

Le 17 juin 1912, un Mémoire du Préfet de la Seine au Conseil général rappelait que le Département avait « en le grand honneur de compter parmi les médecins de ses asiles le praticien illustre qui a porté si haut et si loin le renom de la science française... » ; il proposait au Conseil « de décider que le pavillon d'Admission

---

(1) *Jubilé du Dr V. Magnan*, in-8° de 79 p., Masson, édit., Paris, 1908.

P. Sérieux. L'œuvre du Dr Magnan, *Revue de médecine légale*, avril 1908, p. 113-118, avec une photographie.

où ce Maître avait donné ses soins, son affection à tant de malades, et son enseignement à tant d'élèves, portât dorénavant le nom de PAVILLON MAGNAN ». Au nom de la troisième Commission du Conseil général, M. Henri Rousselle déclara que « le Préfet s'était fait l'interprète des sentiments unanimes de l'Assemblée », et, dans la séance du 10 juillet 1912, le Conseil prit la délibération suivante : « Le pavillon d'admission de l'asile clinique portera le nom de PAVILLON MAGNAN à partir du 1<sup>er</sup> août 1912. »

Maintenant que le Maître est entré dans l'histoire, le département de la Seine voudra sans doute compléter cette œuvre de glorification en donnant son nom, suivant le vœu émis par la Société médicale des asiles de la Seine, à l'asile Sainte-Anne, qu'il a illustré.

C'est le 30 juillet 1912 que Magnan fut admis à la retraite. Le 24 septembre suivant, il était nommé médecin honoraire de l'asile Sainte-Anne. Il quitta, non sans regret, ce service de l'Admission qui était toute sa vie, où il était entré jeune médecin-interne, où il avait vécu quarante-cinq années (1867-1912), en véritable bénédictin de la psychiatrie ; où il avait examiné, réconforté, soigné plus de cent quinze mille malades...

Magnan s'installa au château de Suresnes. Va-t-il, après toute une vie de labeur, se reposer enfin ? Non pas. Comme dans son service hospitalier, il vit au milieu de ses malades ; il leur consacre tous ses soins. Il a emporté ses milliers d'observations qu'il utilise pour de nouveaux travaux. Chez la plupart, les années amènent l'émonssement de la curiosité, la lassitude, l'appétit du repos. Rien de pareil chez Magnan. Il montre, malgré ses soixante-dix-sept ans, le même enthousiasme pour l'étude et pour les idées auxquelles il a dévoué son zèle, qu'au jour de son entrée à Sainte-Anne. C'est l'époque de ses travaux de thérapeutique

psychiatrique, de sa communication retentissante à l'Académie sur le traitement des psychoses aiguës par l'alitement, de son mémoire, au Congrès de Londres, sur *l'alcoolisme et la dégénérescence*. Il prend une part active aux discussions de l'Académie, chaque fois qu'il s'agit de questions ayant trait à la médecine mentale, à l'hygiène publique, à la législation des aliénés (1). Courbé par l'âge, il n'a rien perdu de sa vivacité intellectuelle, de sa sagacité et de son énergie d'argumentation. Comme l'a dit un de ses collègues, M. Mosny, « jusqu'à ses derniers jours, en dépit des années, Magnan faisait bénéficier l'Académie de son labeur incessant et de son autorité incontestée. »

En juillet 1914, Magnan fut élu à la vice-présidence de l'Académie de médecine. Il devint Président de cette Compagnie en 1915. En cette qualité il eut à prononcer plusieurs éloges funèbres, entre autres celui de son vieil ami, le professeur Bouchard. Après avoir rappelé ses travaux mémorables, il évoqua la « sympathie réciproque », qui, dès leur internat, les avait rapprochés : « ainsi commença une affection que la vie — ses joies et ses épreuves — devait cimenter chaque jour davantage, et que sa mort devait briser sans que jamais son souvenir puisse périr. » Magnan fit l'éloge ému de la « philosophie indulgente et affectueuse » de Bouchard, de sa « puissance d'observation », de la « pénétration et de la finesse de son esprit, de sa force persuasive » (2).

Magnan termina sa longue et glorieuse carrière, le 27 septembre 1916, dans sa quatre-vingt-deuxième année. Il fit preuve, aux heures dernières, d'une belle fermeté.

---

(1) Cf. *Supra* et Rapport sur un mémoire de Ladame (de Genève), Inversion sexuelle et pathologie mentale. Séance du 21 oct. 1913, *Bullet. Acad. méd.*, t. LXX, p. 226, 1913.

(2) *Bullet. Acad. méd.* Séance du 2 novembre 1915.

C'est à Villers-sur-Mer où il allait, chaque année, se reposer, qu'il fut pris de symptômes alarmants. Il ne s'y trompa point. Il demanda d'être ramené à Suresnes. A son arrivée, aux paroles d'encouragement qu'on lui adressa, il répondit : « Détrompez-vous. J'ai été très touché. Si dans cinq ou six jours il n'y a pas une amélioration sensible, ma vie sera finie. » Magnan conserva jusqu'à la fin sa pleine lucidité. Une nuit, il fit appeler son gendre, le Dr Fillassier : « Sommes-nous seuls, demanda-t-il?... Dans peu de jours, je ne serai plus... » Et il ajouta qu'il n'en avait point de regret, mais que c'était pour lui un gros chagrin que de penser à la peine qu'allaient éprouver les siens et ses amis. Il fit les recommandations les plus touchantes, disant qu'il ne fallait point qu'on le pleurât... Comme on cherchait à le rassurer, il se mit à sourire : « C'est bien de me parler ainsi ; il faut toujours encourager le malade et lui cacher la vérité. Merci ! Mais je connais mon état... »

Les obsèques eurent lieu le 30 septembre, au cimetière du Montparnasse, où Magnan repose, non loin de Baillarger, sous une pierre qui reproduit un paysage célèbre du Roussillon. Sur la tombe, M. le Dr Marcel Briand, son successeur dans le service de l'Admission, parla en termes émus du maître disparu, « dont le labeur, la probité scientifique et la dignité morale peuvent être donnés en exemple aux générations qui suivront la victoire (1) ». M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, insista sur la place considérable qu'il avait tenue dans cette Compagnie (2). M. le Dr Mosny rappela son rôle dans les discussions de l'Académie et lona les qualités maîtresses de Magnan

---

(1) *Annales méd. psychol.*, janvier 1917, p. 132.

(2) *Id.*, p. 174.

qui en firent « un grand médecin et un grand cœur » (1).

Dans les nombreuses Compagnies et Commissions dont Magnan faisait partie, la nouvelle de sa mort donna lieu aux regrets les plus vifs. Les paroles prononcées à cette occasion par le Président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine paraissent les plus propres à traduire les sentiments des admirateurs du maître (2) : « Ce qui lui a valu, dit M. Clair, l'enviable titre de bienfaiteur des aliénés, c'est qu'il fut l'apôtre convaincu et heureux de la douceur envers les malades... Il ajoutait à cela la méthode de l'aliénement dont le caractère reposant et calmant devait constituer un mode curatif très appréciable, et, en tout cas, apporter beaucoup de soulagement aux malades. Ce ne fut pas sans luttes qu'il put faire prévaloir ses idées, mais il y mit une foi, une persévérance et une autorité, qui eurent raison de tous les obstacles. C'est grâce à lui que la théorie du non-restreint est appliquée aujourd'hui généralement en France. C'est ainsi que nous avons vu disparaître, il y a peu d'années encore, l'odieux régime de la sûreté de Bicêtre... c'est ainsi que dans nos asiles, la camisole de force est devenue une rareté exceptionnelle, et a même complètement disparu de nombre de leurs services, transformés ainsi en véritables salles d'hôpitaux ordinaires. Voilà, trop rapidement, quelle fut l'œuvre de Magnan. Et nous qui avons admiré cette œuvre, nous que pendant tant d'années, il a accueillis d'une manière si affable et si instructive, lors de nos visites dans son service, nous

---

(1) *Bullet. Acad. méd.* Séance du 3 octobre 1916, p. 227.

Parmi les notices nécrologiques consacrées à Magnan, une mention particulière doit être faite de celle d'Ernest Dupré, *Presse médicale*, 12 octobre 1916.

(2) *Procès-verbaux de la Commiss. de surveillance des asiles de la Seine*, 31 octobre 1916, p. 139.



qui n'oublions pas l'homme privé dont la physionomie reflétait tant de clarté, d'intelligence et de bonté, et qui appelait à lui toutes les sympathies, nous mêlons nos regrets aux regrets de tous ceux qui le pleurent. Il nous laisse ses méthodes, son enseignement, sa conception si humaine et si pitoyable des soins à donner aux malades. Il nous laisse, chose plus précieuse encore, les élèves qu'il a formés... »



Après avoir examiné l'œuvre et la vie de Magnan, il reste à dire quelques mots du clinicien, de l'éducateur, de l'enseignant, du réformateur et, enfin, de l'homme et de sa structure mentale.

Ce n'est pas restreindre la portée de l'œuvre de Magnan que de dire qu'il fut, par-dessus tout, un clinicien. Il eût pu prendre pour devise : « La clinique, la clinique seule. » L'histoire de la médecine mentale montre des personnalités éminentes qui ont exercé leur activité dans des domaines divers. Foville père, Parchappe, Luys ont consacré une partie de leurs efforts à l'anatomie et à la physiologie des centres nerveux ; Moreau (de Tours), Félix Voisin, Pr. Lucas, aux problèmes de psychiatrie philosophique ; Parchappe, Renaudin, Ferrus, Foville fils, se sont aussi intéressés aux questions médico-administratives ; Lélut, à la psychopathologie historique ; Calmeil, Trélat, Semelaigne, à l'histoire de la pathologie mentale. A l'œuvre diverse de ces maîtres s'oppose l'œuvre exclusivement clinique de Magnan.

Bien différent aussi de certains aliénistes de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, Magnan ne s'embarrassa jamais de ces spéculations de psychologie, de métaphysique et de morale, où s'étaient attardés, en pure perte, tant de médecins. Ces problèmes, n'offrant d'intérêt ni

pour le diagnostic, ni pour le traitement des psychoses, il entend les négliger.

Au moyen âge, la théologie était la science par excellence; toutes les autres disciplines de l'esprit humain demeuraient ses humbles servantes. Ainsi, pour Magnan, la clinique : les autres sciences biologiques n'en sont pour lui que les servantes. Par ses origines et par ses conquêtes, la psychiatrie clinique est d'ailleurs une science éminemment française. Depuis plus d'un siècle notre maîtrise n'a cessé de s'affirmer dans ce domaine. On doit à Magnan d'avoir maintenu les traditions de notre école clinique jusqu'à l'aurore du *xx<sup>e</sup>* siècle. Dans son allocution présidentielle à la Société médico-psychologique, en 1887, il s'exprime ainsi : « la clinique est notre apanage, et dans ces luttes pacifiques de l'intelligence, où chaque peuple apporte son génie... nous restons, nous Français, avec notre esprit éminemment clinique ». Et il montre que « la qualité maîtresse de l'œuvre d'Esquirol » c'est « cette observation précise et attentive du malade, ces descriptions prises sur le vif », talent d'observation qui se retrouve encore dans les travaux de Baillarger (1).

Les deux tâches primordiales du médecin aliéniste : le diagnostic et le traitement, Magnan les a toujours placées au premier rang de ses préoccupations. On ne fait bien que ce qu'on aime. Or, Magnan, clinicien-né, clinicien « complet », avait le goût, la passion de l'examen approfondi des malades, le souci constant des soins que réclame leur état. Aussi rien de ce qui touche à ces questions ne lui est-il demeuré étranger. S'il a été aussi expérimentateur, anatomo-pathologiste, réformateur, ses travaux dans ces divers ordres de recherches

---

(1) Séance du 31 janvier 1887. *Ann. méd. psychol.*, mai 1887, p. 416.

n'ont eu pour but que l'étude des maladies ou le traitement des malades. Il n'exagérait pas l'importance de l'érudition ; il tenait, au contraire, l'observation pour « l'arbitre souverain des théories et des doctrines ». Pas un de ses travaux qui ne soit basé sur l'expérimentation ou l'observation. Aussi les faits qu'il a enregistrés sont autant de documents inestimables, et qui demeureront. Quel chapitre de la pathologie mentale l'activité de ce chercheur clairvoyant n'a-t-elle pas remanié, rénové, transformé ? La nature même de son service d'admission le mettait d'ailleurs dans les conditions les plus favorables pour poursuivre certains travaux, tels que l'étude de l'alcoolisme aigu et de l'absinthisme, celle de l'influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales, celle des étapes de la folie intermittente, celle encore de la dégénérescence. Son expérience était incomparable, et un maître de la neurologie, qui admirait la sûreté de son coup d'œil, aimait à dire que son diagnostic était « infailible ». Des événements douloureux sont venus confirmer les arrêts qu'il avait prononcés et que des médecins de valeur, mais moins expérimentés, avaient osé combattre.

Quand l'observation seule se montre impuissante à résoudre certains problèmes, Magnan, plus qu'aucun de ses contemporains, sut faire appel au concours des autres sciences. La part de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique dans les investigations du médecin aliéniste était restée longtemps méconnue. Il eut le mérite d'en saisir l'importance (1). C'est ainsi qu'il peut être considéré comme un précurseur dans l'application de la physiologie expérimentale, de la psychiatrie com-

---

(1) Aux travaux déjà cités dans cet ordre de recherches, il convient d'ajouter le suivant : Otite purulente de l'oreille moyenne droite, se traduisant chez un lapin par des mouvements de manège et de roulement. *Comm. à la Soc. de Biologie*, 7 avril 1888.

parée, de l'histologie pathologique, aux études de médecine mentale. Dès ses premières leçons (1), Magnan insiste sur l'utilité des méthodes et des instruments destinés à apporter plus de précision à l'examen des malades ; il rappelle quelle lumière l'emploi du thermomètre jette sur le diagnostic et le pronostic du *delirium tremens* fébrile (2), du délire aigu, des délires symptomatiques (fièvre typhoïde, etc.), de l'état de mal épileptique, des ictus de la paralysie générale. Il montre les nombreuses applications de l'ophtalmoscope (paralysie générale, tumeurs cérébrales, etc.), du sphygmographe et de la méthode graphique (modifications de la motilité et de la circulation dans les diverses phases de l'accès épileptique). On a dit les résultats de ses recherches expérimentales sur les intoxications et sur l'épilepsie.

D'autre part, dans l'étude des psychoses organiques, la méthode anatomo-clinique n'a pas eu de partisan plus convaincu : on a vu l'importance de ses travaux d'anatomie et d'histologie pathologiques (paralysie générale, alcoolisme, lésions circonscrites du cerveau, aphasie). Magnan a encore utilisé les données nouvelles de la physiologie et de l'anatomie du cerveau. Il appliqua la doctrine des localisations cérébrales à l'interprétation de certains symptômes de la paralysie générale ou des lésions circonscrites. Les recherches anatomo-pathologiques qu'il poursuivait pendant la première période de son activité scientifique, imprimèrent à son esprit un pli ineffaçable (3). Même quand il s'oc-

(1) De l'examen clinique dans les maladies mentales. *Gaz. médicale*, septembre 1877.

(2) Gravité du *delirium tremens*, *Journ. méd. et chir.*, mai 1879, art. 11.113, p. 204.

(3) Cf. Altérations anatomiques dans l'idiotie. *Journ. de méd. et chir. prat.*, mai 1879, art. 11.113, p. 204 ; — Localisations céré-

cupera des psychoses fonctionnelles, il continuera de penser anatomiquement. On le voit bien dans sa conception de la dégénérescence, où il tente d'utiliser la méthode anatomo-clinique, expliquant le déséquilibre psychique par les anomalies de développement des centres corticaux, ou de leurs faisceaux d'association. Et de même, son interprétation des obsessions et des impulsions par l'éréthisme des diverses régions de l'axe cérébro-spinal ; de même encore son classement des aberrations sexuelles, ou sa description de quatre types de dégénérés, d'après le siège et la généralisation des agénésies, tous ces essais de physiologie pathologique s'inspirent des données de l'anatomie.

La probité scientifique de Magnan était scrupuleuse. Il travaillait avec lenteur, avec une conscience inouïe. Jamais il n'était satisfait : son œuvre terminée, il la reprenait et, pendant de longues heures, la corrigeait, cherchant sans répit à rendre sa pensée plus claire, toujours soucieux du terme propre. Il travailla durant six mois à sa communication sur l'alitement, qu'il expérimentait déjà depuis douze ans ; et cette communication ne compte qu'une quinzaine de pages. Ses leçons cliniques, tous ses élèves savent avec quel souci minutieux il les préparait, avec quel soin il lisait, relisait, corrigeait et résumait lui-même chaque observation. C'est avec les mêmes scrupules qu'il rédigeait ses rapports annuels sur le service de l'Admission, adressés au Préfet de la Seine, encore qu'aucune publicité ne leur fût destinée.

Cette méthode de travail a donné, entre les mains de Magnan, d'admirables résultats. Tous ses mémoires,

---

brales dans la paralysie générale. *Revue mensuelle de médecine*, 1877, — et la série de travaux publiés, de 1878 à 1883, sur les localisations cérébrales.

denses et substantiels, sont conduits de façon scientifique; toujours courts, sans étalage d'érudition, ils sont approfondis, achevés; ils découragent ceux qui voudraient glaner après lui. Les qualités maîtresses de son œuvre sont l'habileté dans l'observation des faits, la sûreté et la rectitude du jugement, la limpidité des conceptions, la précision et la concision dans l'expression de la pensée. Ses descriptions sont pleines d'intérêt et de vie : ses tableaux du délire hallucinatoire alcoolique, de la manie, des épileptiques, des obsédés (dipsomanes, onomatomanes, etc.), des paralytiques, des persécutés-persécuteurs, sont de ceux qu'on n'oublie plus. Sa langue, simple et nue, dénuée d'ornements, mais singulièrement ferme et vigoureuse, ne veut être que l'expression d'une pensée lucide.

Avant tout désireux d'apporter quelque lumière dans des questions obscures, Magnan ne se contente pas de notions imprécises : il débrouille les faits, les ordonne, les classe. Il est guidé par le souci de mettre au premier plan les symptômes cardinaux de chaque psychose : la subordination des symptômes est, à ses yeux, aussi importante en psychiatrie que la subordination des caractères dans les sciences naturelles. Il possède le don de clarifier et de systématiser ses idées. Il a, à la fois, le goût de l'analyse et le besoin des synthèses. Qu'il étudie la coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez le même aliéné, ou que, par une fine dissociation, il élucide les intoxications complexes [absintho-alcoolisme, intoxication oxy-carbonée avec alcoolisme (1)], ou encore qu'il distingue les symptômes accessoires de la paralysie générale d'avec les

---

(1) Intoxication par l'oxyde de carbone chez un alcoolique invétéré, *Ann. d'hygiène et méd. lég.*, 3<sup>e</sup> série, t. VI, 1884 (avec Barthélemy).

essentiels, l'affaiblissement psychique généralisé du paralytique d'avec l'affaiblissement circonscrit des lésions en foyer, qu'il décrive le déséquilibre mental, les syndromes et les délires des dégénérés, qu'il expose la question des pseudo-paralysies générales, toujours se manifeste la pénétration de son talent d'analyse. Mais, en même temps qu'il approfondit avec finesse le détail, il a les vues d'ensemble, la passion des synthèses, le goût des constructions nosologiques.

La clinique conduisit Magnan à la nosologie. Mais il ne s'improvisa pas nosologiste. Plus de quinze années d'investigations cliniques précédèrent ses recherches nosographiques. Il trouva, dans ces études nouvelles, la satisfaction de son goût du *lucidus ordo*, de la clarté, qui était aussi une des qualités caractéristiques d'un autre grand Roussillonnais, Arago. C'est alors qu'il travailla avec ardeur, comme le voulait son maître J.-P. Falret, à un « classement plus pratique des espèces naturelles des maladies mentales ». Il s'attacha à la détermination de types cliniques bien différenciés, au classement des faits, non point d'après leurs apparences, mais en raison de leurs affinités réelles, insistant sur la discrimination des symptômes contingents et des nécessaires, ainsi que sur l'évolution morbide.

C'est lors qu'il décrit le *delirium tremens* fébrile, l'absinthisme et les épilepsies toxiques, qu'il précise la formule clinique de l'épilepsie, de la paralysie générale et des autres démences, qu'il combat la doctrine des délires partiels, des monomanies, celle des folies sympathiques, qu'il détruit le crédit des entités purement symptomatiques, qu'il écrit l'important chapitre de la folie des dégénérés, qu'il isole le délire chronique, ainsi que les psychoses non dégénératives, les folies

simples à évolution régulière ; qu'il fait la synthèse de la folie intermittente.

C'est à l'heureuse association chez Magnan de tendances à la fois analytiques et synthétiques, c'est à la justesse de son coup d'œil, à la précision de son esprit, à sa « longue patience », à son application soutenue, à son habileté de controversiste, que l'on est redevable de sa belle œuvre nosologique.

Ce besoin de clarté qui l'obsédait, Magnan en a encore donné des preuves : en présence de la multitude des faits, il cherche à les grouper, à les classer, à substituer au chaos une ordonnance simple : telle sa classification des maladies mentales, tel son classement des anomalies sexuelles, tel enfin son tableau synoptique des dégénérés. On a souri parfois de la prédilection que nombre d'aliénistes ont manifestée pour les essais de classification. Soyons plus indulgents pour ce prétendu travers. Il faut y voir la marque d'un esprit hanté par le souci de l'ordre, ordre nécessaire, encore que parfois un peu artificiel, car, il faut l'avouer, les choses ne sont ni aussi simples, ni aussi claires que le prétendent nos schémas et nos systèmes.

Si l'on doit à Magnan d'aussi fidèles, d'aussi vivantes descriptions des aliénés, c'est en partie parce qu'il a beaucoup vécu avec eux. « Il faut vivre avec les fous, dit Esquirol, pour avoir des notions exactes sur les causes, les symptômes, la marche..., les terminaisons de leur maladie : il faut vivre avec eux pour apprécier les soins infinis, les détails sans nombre qu'exige leur traitement... Celui qui veut être utile aux aliénés doit les visiter plusieurs fois le jour et même pendant la nuit. » Magnan s'est strictement conformé à cette règle. Sa vie s'est écoulée, à la lettre, dans son service, au milieu de ses malades. Il vivait pour eux ; c'est à eux



que sans cesse il pensait. Après avoir passé avec eux de longues heures dans la matinée, on le voyait encore revenir dans l'après-midi ou dans la nuit. D'ailleurs ses réformes nécessitaient une activité personnelle considérable. Faire disparaître les moyens de contention mécanique, organiser l'alitement, supprimer l'isolement, tous ces progrès thérapeutiques ne se pouvaient réaliser en édictant sur le papier des articles de règlement. Ils exigeaient, pour être menés à bien, l'intervention presque constante du médecin.

Le service de l'Admission, au reste, avec son renouvellement incessant de malades (dix entrées en moyenne par jour), réclamait une activité de tous les instants. Mais aussi, quelle incomparable clinique, variée et diverse prodigieusement ! C'est, en même temps qu'une ambulance ouverte aux blessés de la lutte pour la vie, un musée de psycho-pathologie qui offre, non seulement au clinicien, mais au criminologiste, au psychologue, au moraliste, mille sujets d'étude. Là, on observe, en pleine acuité délirante, et dans l'exaspération ou le désespoir de la liberté perdue, le déchaînement des pires violences, les terreurs des états toxiques ou épileptiques suraigus, comme les détresses inouïes de la mélancolie. De plus, à côté des délirants, combien de sujets « raisonnants », d'un intérêt au moins égal, mais dont les réactions sont encore plus pénibles, car il y a quelque chose de pire que la folie, c'est la déraison, sous le masque de la lucidité : impulsifs et abouliques, fous moraux et scrupuleux, revendicateurs et interpréteurs, inventeurs chimériques et réformateurs dont le cerveau mal organisé prétend à réorganiser la société, criminels, simulateurs... Sur tous, délirants ou raisonnants, s'étendait non seulement le regard lucide et pénétrant du clinicien, mais aussi la compassion active du médecin dévoué. Dans cet asile aux murs de

prison, où de sinistres légendes veulent qu'en entrant il faille laisser toute espérance, l'accueil bienveillant du médecin suffit pour que la flamme de l'espoir se ravive. A l'intimidation, Magnan substitue la « persuasive douceur », le baume souverain de la bonté. Pour ces malades que tous délaissent, il entend que tous rivalisent de soins attentifs. Ces « fous » qu'on rudoie, il veut qu'on les choie. On les lie ; il ordonne qu'on les libère de leurs liens. On les méconnaît ; il sait les comprendre. Ils inspirent l'aversion ; il leur témoigne une sympathie affectueuse. Dès qu'il s'agit des malades, rien ne lasse sa patience, qualité si nécessaire au médecin aliéniste ; rien ne rebute sa bienveillance ; et cette attitude est, chez lui, moins le parti-pris d'un clinicien avisé, moins l'artifice raffiné d'une technique experte, que le mouvement spontané du cœur.

Toujours doux, souriant, paternel, pitoyable, il sait, à un degré exceptionnel, l'art de gagner la confiance des aliénés, de les confesser, de leur arracher tous leurs secrets. Pour endormir leur défiance, il affecte de ne s'étonner de rien et de trouver naturelles les révélations les plus délirantes ou les plus monstrueuses. Les craintes, le mutisme, le refus d'aliments des mélancoliques, les colères du maniaque, les méfiances et les réticences des persécutés, l'hostilité des raisonnants, la méchanceté et les mensonges des pervers, le mépris des mégalomanes, tout cède à sa douce obstination, à ses affectueuses gronderies, à ses railleries amicales, au charme magique des paroles qui réconfortent, qui apaisent, ou qui séduisent, à la caresse des manières et du sourire, au timbre harmonieux de la voix, à la pénétration de son regard perçant. Telle était la puissance, à la fois, de son pouvoir dominateur et de sa sympathie, qu'il fait asseoir à son côté les aliénés les plus agités ou les plus dangereux, défendant qu'aucun infirmier les main-

tienne, et qu'il converse avec eux dans une confiance et un abandon surprenants. Son tact de clinicien lui fait toujours prévoir et prévenir en temps utile les réactions violentes. Il avait d'ailleurs pour maxime, qu'un médecin aliéniste n'est pas excusable qui est frappé par un malade. Et il y a dans ce paradoxe un grand fonds de vérité. « Une attention toujours présente, dit le Dr Simon, de Magnan interrogeant ses malades, lui faisait saisir dans chaque réponse et reprendre immédiatement le mot suspect qui devait se développer en un délire plus étendu... Il ne se hâtait point, car il savait que ce sont là des malades qu'il ne faut point presser... Rien n'était plus curieux à suivre que son adaptation aux malades divers qui se succédaient devant lui : attentif au persécuté raisonneur, spirituel avec le maniaque, affectueux auprès du mélancolique, paternel et bonhomme avec le paralytique général, toujours d'une correction absolue... (1). »

Aucune tâche, même la plus modeste, ne paraît à Magnan au-dessous de lui, si elle peut être utile au patient. Il ne réserve pas son attention aux cas « intéressants ». C'est de tous, sans exception, qu'il s'occupe avec le même zèle, surveillant les soins qu'on leur donne, au besoin alimentant lui-même tel mélancolique récalcitrant.

Parlant du médaillier éminent qui l'a représenté au lit de ses malades, Magnan s'exprime ainsi, avec un accent de profonde sincérité : « L'artiste a mis toute son âme... à me faire revivre dans ce que j'ai de plus cher, au milieu de mes malades à qui je dois de si douces émotions, lorsque, après de longs et pénibles efforts, un mot, un geste, un regard viennent, comme un

---

(1) Simon, MAGNAN. Conférence de propagande pour la pensée française, faite à l'Athénée de Genève, sous les auspices de l'Institut Jean-Jacques Rousseau, le 7 mai 1917.

trait de lumière, éclairer un horizon sombre jusque-là et faire présager un retour prochain vers la raison... »

Ni les ingratitudes, ni le défilé ininterrompu des détresses et des scélératesses humaines n'avaient pu émousser la sympathie de Magnan, non plus que sa charité ; toujours ces qualités restèrent aussi agissantes qu'au premier jour. Et si l'on faisait allusion devant lui à cette bonté jamais lasse, il s'écriait, surpris : « Mais, ne suis-je pas médecin ! ». C'est que Magnan aimait les aliénés. Sans doute, c'est là un éloge que les médecins aliénistes méritent tous — ou presque tous. Mais voici qui n'a été donné qu'à un petit nombre : les malades l'aimaient.

Esquirol parle quelque part de la « sagacité des aliénés ». Cette sagacité, rien ne la met mieux en évidence que le souvenir que tous ses anciens malades gardaient de Magnan. Une intuition divinatrice leur révélait les admirables qualités de leur médecin. Ils sentaient la chaleur de sa compassion. Aussi, pour tous il restait le médecin bienfaisant, l'amical confesseur qui avait su les comprendre et les reconforter. Et ils l'aimaient. Que de fois il nous a été donné de recevoir les confidences d'aliénés que la sympathie de Magnan avait sauvés du désespoir, et qui de sa bonté conservaient l'impérissable souvenir ! A la nouvelle de sa mort, une de ses anciennes malades s'écria : « Celui-là, c'était un bon médecin ! » Quel éloge académique passe en valeur un pareil témoignage ?

Pour ses élèves, Magnan était un éducateur incomparable. La loi a mis entre les mains du médecin aliéniste un pouvoir quasi discrétionnaire. Nul despote ne disposa jamais d'une puissance aussi absolue. Ce pouvoir, qui s'exerce, presque sans contrôle, non seulement sur la liberté individuelle du malade, mais encore

sur toute sa vie matérielle et morale, ce pouvoir requiert, pour devenir un « arbitraire bienfaisant », une compétence spéciale, et aussi des qualités morales particulières. Magnan avait des devoirs de sa profession l'idée la plus élevée, une foi d'apôtre dans la mission du médecin aliéniste. Convaincu, avec Esquirol et Foville, que le médecin doit être l'âme, le principe de vie d'un service d'aliénés, conscient « des exigences multiples de ses délicates fonctions », il exigeait que le médecin aliéniste se constituât le défenseur de malades qui, sans lui, seraient privés de tout appui. C'est qu'en effet ces malheureux, il est nécessaire de les défendre et contre l'indifférence des uns, et contre l'hostilité des autres.

Les aliénés provoquent généralement des sentiments de crainte, de répulsion, rarement d'intérêt, encore moins de sympathie. L'homme ne s'intéresse guère qu'aux maux susceptibles de le frapper. Or personne ne suppose pouvoir jamais être atteint de folie. Aussi tient-on les aliénés pour des parias malfaisants, ou des épaves humaines, et ne considère-t-on l'hôpital qui les traite que comme un cimetière de vivants. Les œuvres philanthropiques consacrées aux aliénés suscitent, on le sait, moins de dévouements que celles destinées aux criminels.

D'autre part, l'entourage immédiat de ces malades (parents, personnel de surveillance) leur est parfois hostile. Si sa patience est, il est vrai, mise à de rudes épreuves, son humeur peut facilement se donner cours à leur détriment. Tâche difficile que d'empêcher vexations et abus ! Dans les hôpitaux ordinaires, les malades exercent un contrôle de tous les instants sur les soins dont ils sont l'objet. Les aliénés, eux, ignorant leur mal, ne demandent pas d'être soignés ; leurs réclamations, parfois dénaturées par leur délire, risquent d'être

rejetées. En fait, complètement isolés du reste de la société, incapables de défendre eux-mêmes leurs intérêts, ils demeurent à la merci de l'entourage. D'un personnel médical qui dispose d'une autorité pareille, il y a lieu d'exiger des garanties spéciales au point de vue des qualités professionnelles. Magnan, qui en avait le sentiment très vif, s'attachait, par la prédication de l'exemple, à faire de ses disciples des aliénistes pénétrés de leurs devoirs.

Chef de service hors de pair, il exigeait beaucoup de ses élèves, mais moins que de lui-même; il haïssait le *farniente* thérapeutique; il était, pour employer son expression, tourmenté « par l'obsédant souci d'apporter un soulagement à l'angoisse douloureuse du patient ». Il appliquait admirablement toutes les ressources du traitement moral. Mais il obligeait ses collaborateurs de consacrer, comme lui, tout leur temps au service. Ses internes devaient non seulement prendre les observations des nombreux malades qui entrent à l'Admission, mais encore les rédiger, lui en donner lecture, les réviser. Il n'admettait pas la moindre négligence dans les soins à donner aux patients, et ses remarques avaient alors une âpreté particulière. Il était, pour tous ses malades, plein de cordialité et de déférence, ne tolérant pas qu'on leur manquât d'égards, ni qu'on les tutoyât. Très ponctuel, d'une régularité de vie inflexible, Magnan stimulait l'activité des uns, dirigeait celle des autres; il gourmandait celui qui n'avait point poussé assez avant ses investigations cliniques, ou celui dont le zèle s'était ralenti; il foudroyait du regard l'imprudent qui semblait donner dans des doctrines hétérodoxes. Les compliments que Magnan faisait à ses élèves — et il ne les prodiguait pas — le peignent lui-même, sans qu'il le veuille. Il ne savait pas de plus bel éloge que de les dire « bons, dévoués, compatissants pour les malades,

et adeptes fervents du non-réstraint ». Il exigeait d'eux, plus tard, qu'aucun de leurs internes ne quittât le service dont ils étaient chargés « sans emporter la ferme conviction que les moyens de contrainte doivent à tout jamais disparaître des asiles ».

On n'aurait, on le voit, de Magnan, qu'une idée incomplète à ne considérer que son œuvre écrite. Il faut tenir compte de l'influence qu'il a exercée sur de nombreuses générations médicales, de l'exemple qu'il a donné, du rayonnement puissant de sa personnalité. De ce point de vue, parmi les médecins aliénistes qui l'ont précédé, seuls Esquirol, J.-P. Falret et Baillarger peuvent lui être comparés. Recruter pour le service de la psychiatrie des disciples studieux, séduits par le prestige d'un grand nom, enrôler de bons « compagnons de travail », les former à son image, imposer à leur pensée et à leur activité une direction et une discipline durables, peu de médecins peuvent y prétendre ; et c'est à cela qu'on reconnaît les maîtres. Magnan l'a été dans toute l'acception du mot. Il fut l'éducateur, non seulement de ses élèves immédiats, mais de la plupart des aliénistes contemporains. Lequel d'entre eux n'est pas son disciple, direct ou indirect ? Qui a pu échapper à son influence scientifique ou réformatrice ? Il avait le souci de laisser ses élèves, ses auditeurs, imprégnés de ses idées, animés de son zèle pour les recherches cliniques et de son dévouement pour les malades (1). Aussi tous les disciples du Maître lui doivent-

---

(1) Magnan a laissé un suprême témoignage de sa constante préoccupation d'encourager les travailleurs : aux termes de son testament, il a légué à l'Académie de Médecine une somme de 25.000 francs dont les arrérages devront être affectés à la fondation d'un prix triennal destiné à récompenser l'auteur du meilleur ouvrage de psychiatrie ou de la meilleure étude d'une affection mentale, parus au cours des trois dernières années.

ils le meilleur de leur personnalité médicale, et son souvenir s'impose à eux comme un exemple inoubliable.

C'est grâce au renom scientifique et à l'autorité de Magnan, grâce à son intervention dans la réorganisation du service médical des asiles, que les asiles d'aliénés de la Seine, et surtout le Bureau d'Admission, sont devenus une pépinière de médecins aliénistes, et comme l'École normale de la psychiatrie française. Plus de la moitié des médecins des asiles de la Seine ont été formés dans son service. Parmi les médecins des établissements de province, un grand nombre ont été ses internes ou ses élèves. Et à l'étranger, particulièrement en Russie, en Portugal, en Belgique, en Suisse, dans l'Amérique latine et dans l'anglo-saxonne, nombreux sont les établissements où l'on trouve des médecins qui ont fréquenté assidûment le Bureau d'Admission et qui aiment à se dire disciples de Magnan.

Considérable est le nombre des travaux que le médecin de Sainte-Anne a suggérés, encouragés, pour lesquels il a fourni des documents, des thèses qu'il a inspirées et dirigées (1).

Comme réformateur, on l'a vu, l'œuvre de Magnan est de premier ordre. En 1914, lorsqu'une décision

---

(1) Nous citerons brièvement les sujets de quelques-unes de ces publications : alcoolisme aigu et chronique, — absinthisme, — hémorragie des méninges, — hémianesthésie; — troubles intellectuels dans l'aphasie, — cécité et surdité verbales; — troubles intellectuels dans la paralysie générale; — délire des actes, phénomènes accessoires, aphasie, altérations des nerfs crâniens dans la paralysie générale; — troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites; — délire épileptique; — psychoses de la vieillesse; — folie puerpérale; — étiologie des délires hypocondriaque et religieux; — délire chez les dégénérés, — syndromes épisodiques de la dégénérescence, — coexistence de plusieurs délires d'origine différente; — hérédité dans les maladies du système nerveux; — évolution du délire dans les vésanies; — délire aigu, —



énergique du Gouvernement supprima l'absinthe, déjà interdite en Suisse depuis 1908, il put se dire que la suppression de ce poison, pour laquelle il avait tant combattu depuis un demi-siècle, était, en réalité, son œuvre.

En thérapeutique, Magnan, par l'ardeur de ses convictions, par son opiniâtreté, a triomphé de la coalition des routines et des ignorances. Pour supprimer surtout ces moyens de contention mécanique tenus alors pour indispensables, — mais qui ajoutaient aux souffrances de la maladie, les souffrances et les dangers de prétendus remèdes (1) — il lui a fallu surmonter bien des obstacles. Ces obstacles, ils venaient moins encore des aliénés que de certains médecins. Aujourd'hui, ces moyens d'un autre âge ont presque disparu en France ; c'est à Magnan que revient l'honneur insigne d'avoir délivré les aliénés de leurs liens et les aliénistes de leurs préjugés.

Bien des hommes éminents cessent, avec les années, d'évoluer : misonéistes et réfractaires à toute innovation, ils s'exposent alors à voir les progrès s'imposer à eux, pour n'avoir pas voulu les accepter. Magnan au contraire conserva toujours cette souplesse et cette ouverture d'esprit qui rendent aisée et spontanée l'hospitalité aux idées neuves. Il le fit bien voir à propos de la suppression des quartiers cellulaires et du traitement des psychoses aiguës par l'alitement. Il avait dépassé la soixantaine quand il se décida, en 1897, à

---

délire chronique à évolution systématique, — délire des persécutés-persécuteurs ; — dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique ; — traitement des psychoses, — camisole de force, — non-restreint, — alitement, — organisation des services d'aliénés, etc.

(1) Cf. Fracture du larynx. Rapport à la *Soc. anatomique*, mai 1868. — Hématome du pavillon de l'oreille chez les aliénés. *Soc. de Biologie*, 1868, t. V, p. 133, et 1871, t. III, p. 107.

expérimenter ces méthodes. Grâce à la ténacité qu'il avait déjà déployée dans la lutte contre la camisole de force, contre l'alcoolisme et contre l'absinthisme, une fois de plus encore, il triompha. Plus tard, âgé de soixante-quinze ans, il expérimente l'application du « sommeil électrique » par les courants électriques de basse tension, et de la d'arsonvalisation, au traitement des psychoses (1).

La série de réformes que Magnan a réalisées inaugure, à vrai dire, une ère nouvelle. Il nous a donné le modèle de ce que doit être un service de maladies mentales. S'il y a aujourd'hui dans les hôpitaux pour les maladies du cerveau, plus de souci du sort des assistés, plus d'efforts pour leur guérison, plus de douceur aussi et plus de pitié, c'est à Magnan qu'on le doit.

Comme ses maîtres Marcé, J.-P. Falret, Baillarger, Magnan avait à un haut degré le goût de l'enseignement. Dès 1868, il inaugura, à Sainte-Anne, ses leçons théoriques et cliniques sur les maladies mentales (2). Suspendues en 1873, par un arrêté du Préfet de la Seine, à la suite d'une campagne de presse, ces conférences furent autorisées à nouveau par l'arrêté préfectoral du 23 novembre 1876, et Magnan reprit ses leçons en 1877. Il continua, pendant une vingtaine d'années encore, un enseignement dont le succès fut

(1) Traitement de la manie, *Revue de psychiatrie*, 1897, p. 161-165.

Alitement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. *Congrès des méd. aliénistes*, Marseille, 7 avril 1899, p. 531-537. — *Rapport sur le service des aliénés du Département de la Seine pour l'année 1897*, 1 vol. in 4°, Montevrain, 1898, p. 52. — *Rapport*, etc., pour les années 1903, 1906, 1909, 1910, 1911.

(2) Conférences cliniques sur la paralysie générale, *Gaz. des hôpitaux*, 1868-1871. — *Revue scientifique*, 1873.

retentissant, et qui modifia puissamment les orientations de la psychiatrie (1).

Grâce aux leçons de Magnan, l'asile Sainte-Anne fut, pendant une trentaine d'années, ce qu'avaient été, pendant les deux premiers tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, la Maison de Charenton et la Salpêtrière : une véritable école de médecine mentale. Avant l'inauguration par la Faculté de médecine, en 1879, de la chaire des maladies mentales, le service de l'Admission fut véritablement la Clinique psychiatrique de Paris. Faut-il ajouter qu'il en remplit encore l'office longtemps après la création de la chaire officielle? Magnan finit ainsi par devenir l'homme le plus « représentatif » de la psychiatrie française. Ses leçons, ses mémoires, ses livres traduits en anglais, en allemand, en portugais, en russe, soutenaient à l'étranger le renom séculaire de notre école clinique (2).

« Admirable professeur, dit de lui E. Dupré, chef d'école par excellence, entraîneur d'esprits », Magnan

(1) *Gazette médicale*, 1877 (Leçons sur la folie puerpérale, etc.). *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1879. — *Tribune médic.* 1881-1886. — *Gaz. des hôpitaux*, 1884. — *Journal des connaissances médicales*, 1884-1890. — *Gaz. hebdomadaire*, 1892. — *Bulletin médical*, 1887-1891.

Les séries de leçons les plus importantes ont été publiées par le *Progrès médical* : Leçons sur l'épilepsie, 1881-1882; — sur la Dipsomanie, 1884; — sur les Héréditaires dégénérés, 1886-1887; — sur le Délire chronique, 1889-1890-1891; — sur les Délires systématisés, 1894-1895.

(2) Le volume de Magnan sur l'*Alcoolisme* (1874) a été traduit en anglais, en portugais et en russe.

Ses leçons, ses mémoires, ses monographies sur le *Délire chronique à évolution systématique* et sur la *Folie des dégénérés* ont été traduits en anglais, en allemand et en russe :

*Chronic Delusional Insanity of systematic evolution, Twelve Lectures*; trad. par A. Marie et Macpherson; reprinted from *American Journal of Insanity*, vol. LI, n° 4, and vol. LII, nos 1, 2, 3; 1 vol. in-8°, 86 pages, Rand, Mac Nally, édit. Chicago, 1895.

*Psychiatrische Vorlesungen v. V. Magnan*, trad. par P. J. Möbius; 1<sup>er</sup> fasc. in-8°, 63 p. *Ueber das « Délire chronique à évo-*

avait fait de son service « un centre d'enseignement fameux, un foyer d'attraction » qui attirait, de tous les pays, des élèves. Magnan, dans la page qu'il a consacrée aux leçons de Baillarger, en donne une description qui s'applique, trait pour trait, à son propre enseignement : « L'examen parfois si difficile de l'aliéné était devenu pour lui un véritable jeu. Que le sujet se montrât expansif ou réticent, il savait avec un tact parfait, une extrême habileté et toujours une grande bienveillance, obtenir de lui les réponses nécessaires et utiles ; et dans les cas où le malade replié sur lui-même restait silencieux, en clinicien consommé il savait encore faire surgir un geste, un mouvement, une attitude, une expression de physionomie qui devenait une révélation. »

Magnan était un excellent « enseignant » ; non qu'il séduisît comme un Lasègue, par son talent oratoire, mais il retenait par la clarté de l'exposition, par les idées directrices qu'il révélait, par son esprit constructeur et systématique, par son examen des malades sagace et approfondi, par sa dialectique. Ce qu'il aimait à apprendre à ses élèves, c'était la connaissance de l'aliéné. Il enseignait à saisir d'un premier coup d'œil et à interpréter les traits caractéristiques de l'allure générale et de la mimique ; il apprenait surtout à « interroger » ; ses interrogatoires étaient, pour les connaisseurs, un régal, et pour les débutants une leçon inégalable. Ses questions précises amenaient peu à peu l'aliéné à la révélation des symptômes essentiels ; et c'était le malade lui-même qui, par ses réponses, dictait aux auditeurs le diagnostic, avant que Magnan

---

*lution, systématique » (Paranoia chronica mit systematischer Entwicklung, oder Paranoia completa) ; 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> fasc., xv-123 p. Ueber die Geistesstörungen der Entarteten [traduction de huit mémoires ou leçons sur la folie des dégénérés] ; G. Thieme, édit. Leipzig, 1891, 1892.*

l'eût formulé. Il s'attachait encore à montrer la signification révélatrice de tels signes, en apparence insignifiants, et les conséquences, parfois redoutables, qui viennent surprendre ceux qui les négligent. Chez tels malades, par exemple, légèrement déprimés, son talent d'observation constatait quelques modifications dans l'attitude, quelques jeux de physionomie, la mobilité des lèvres, ou surprenait quelques mots... Ces signes fugaces, vite évanouis, Magnan en soulignait la valeur capitale : il s'agissait là, sous une apparence qui eût trompé un médecin moins averti, d'un raptus redoutable. Et il citait tels exemples de malades identiques, qui, par leur indomptable énergie et par leur dissimulation, avaient réussi à se livrer à des réactions funestes pour eux-mêmes et pour les leurs.

M. Gley, rappelant à Magnan, dans son discours du Jubilé, ce qu'il devait personnellement à son enseignement, s'exprimait ainsi : « Persuadé de la nécessité de compléter par l'étude directe de l'aliéné ce que l'on pouvait savoir alors en fait de physiologie cérébrale, je me suis présenté dans votre service, avec l'intention d'y venir durant quelques mois ; si captivant était votre enseignement, par l'abondance et la variété des sujets et par leur présentation ordonnée, par la sûreté de la méthode, par la rigueur et le fini de l'analyse, que je le suivis régulièrement pendant des années, assistant non seulement à vos leçons synthétiques du dimanche, mais encore à ces longues séances du mercredi, toutes en interrogations si vivantes et si fécondes. Que n'apprenait-on pas au Bureau d'admission ? le respect absolu des faits et celui des malades, la puissance de l'analyse clinique et celle de la logique instruite. On y voyait constamment une intelligence déliée et une science consommée aux prises avec les réalités les plus complexes et les plus embrouillées en démêler patiemment la

trame; la force de l'attention, la promptitude du jugement et aussi la ténacité calme, l'égalité d'humeur et l'inlassable bonté surmonter toutes les difficultés. »

L'enseignement de Magnan a rendu à la psychiatrie des services signalés : il a propagé le goût des études de psycho-pathologie, recruté des élèves, suscité des vocations; inspiré des travaux, soulevé des discussions et des contradictions, entretenu l'activité et l'émulation. Que de préjugés ses leçons ont dissipés en répandant, au cours de trente années, dans tout l'ensemble du corps médical, des notions exactes sur la nature, la curabilité et le traitement des psychoses ! Sans Magnan les connaissances psychiatriques seraient restées, comme elles le furent longtemps, l'apanage exclusif de quelques rares initiés. On a vu, grâce à lui, diminuer le nombre de ces médecins, esprits cultivés par ailleurs, mais qui, dépourvus des notions les plus élémentaires sur les psychoses, conservent les préjugés dont se contente le vulgaire, et, par un besoin inconscient de justification, pensent légitimer leur ignorance en niant les progrès et l'avenir de la pathologie et de la thérapeutique mentales.

D'autre part, grâce à son enseignement, le nombre n'a cessé d'augmenter des médecins qu'une solide culture psychiatrique rend aptes à remplir divers emplois abandonnés auparavant au zèle indiscret d'aliénistes improvisés et peu informés. On ne voit plus, aussi souvent que naguère, des hommes étrangers aux choses de la médecine mentale usurper, à la faveur de certains préjugés et de certaines équivoques, la mission délicate de résoudre les problèmes les plus difficiles que proposent les aliénés.

Enfin, les autres sciences, médicales, biologiques, psychologiques, juridiques, historiques et sociales, ont bénéficié des lumières que seule la pathologie mentale

peut leur apporter. L'enseignement de Magnan, en effet, suivi par des personnalités des milieux les plus divers, a contribué dans une large mesure, par son légitime retentissement, à un fécond échange de services entre la psychiatrie et les autres disciplines scientifiques. Quelle lumière ses travaux sur les dégénérés, sur l'hérédité morbide, sur le délire chronique, sur la folie intermittente, jettent sur nombre de faits criminologiques, religieux, historiques ou passionnels ! Considérés du point de vue psychiatrique, que d'énigmes sont résolues, que d'erreurs évitées ou redressées, que d'actes et de personnalités, jusqu'alors méconnus, deviennent faciles à interpréter !

Un ancien élève de Magnan, prématurément enlevé à la science, L. Marillier, « philosophe et surtout psychologue mieux doué qu'homme du monde » déclarait que « le meilleur moyen peut-être de mettre en lumière les services que la pathologie mentale est en mesure de rendre à la psychologie, c'était de présenter une succincte analyse de l'œuvre de l'un des plus éminents parmi les grands aliénistes de ce siècle, le Dr Magnan... Il n'en est point peut-être dans les travaux de qui les psychologues aient autant à puiser. Tous ceux qui ont suivi son enseignement en ont gardé l'ineffaçable empreinte. »

Marillier concluait en ces termes : « J'espère avoir réussi à faire voir par cette rapide analyse de l'œuvre d'un seul homme, l'un des plus pénétrants, il est vrai, parmi les grands cliniciens de ce temps, qu'il n'est peut-être point un seul problème du domaine de la psychologie expérimentale qu'on ne puisse éclairer par l'étude des maladies mentales (1). »

---

(1) Marillier. Rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques. *Revue philosophique*, octobre 1893, p. 366-411.

M. Gley, insistant lui aussi sur « la grandeur et la particulière signification » de l'œuvre de Magnan, au point de vue « du développement de la physiologie cérébrale et du progrès de la psychologie positive », attribuait à cette œuvre « une haute portée physiologique, car elle a singulièrement agrandi nos connaissances sur le mécanisme de plusieurs des plus importants parmi les processus psychiques, le mode de liaison des sensations et des images, l'attention, l'acte volontaire, la dégradation de la personnalité, etc... » Elle a montré « par l'étude des formes mentales où l'attention s'affaiblit et disparaît et par celle des formes où, au contraire, elle s'exagère » quel était son mécanisme ; et par l'étude des nombreuses anomalies de la volonté que présentent les dégénérés, elle a déterminé « le rôle que jouent dans l'acte volontaire les émotions, les impulsions motrices, les associations d'images ou la représentation de l'acte... (1) »

L'homme privé était modeste, bon, dévoué, patriote. « On aime ses amis, on aime la science, on aime ses malades, on aime aussi son pays », disait à Magnan le professeur Bouchard, en rappelant sa conduite pendant la guerre de 1870-1871. A cette époque, Magnan, comme toujours, remplit son devoir : médecin de l'ambulance volante de Sainte-Anne, les jours où le canon grondait au Sud, il partait aux avant-postes, puis il ramenait les blessés à Sainte-Anne où, tandis que les boulets tombaient sur l'asile, on pansait les blessures. C'est ainsi qu'un jour il vit tomber à son côté son ami Bonchereau, frappé d'une balle.

L'invasion étrangère dont, au début de sa carrière, il

---

(1) Cf. Epidémie de contracture des extrémités chez des enfants. *Imitation. Soc. de Biologie*, 1876, t. III, p. 350.



avait connu les douleurs et les angoisses, il devait, dans ses dernières années, en subir, pour la seconde fois, les tortures morales. En janvier 1916, le jour où il quitta le fauteuil de la présidence à l'Académie, il laissa éclater, en un très beau langage, les sentiments du patriotisme le plus ardent et le plus clairvoyant. « Un peuple s'est trouvé, s'écrie Magnan, qui, confiant dans sa force orgueilleuse, silencieusement constituée, foulant aux pieds les lois de l'honneur, de la justice et du droit, a rêvé d'imposer aux peuples écrasés sa puissance insolente. Cette préparation méthodique, poursuivie pendant près d'un demi-siècle et dans tous les domaines, d'une œuvre de rapine et de lucre, masquée sous des dehors débonnaires et innocents, cette agression sauvage contre des peuples faibles et sans défense, cette ruée formidable contre des nations qui, parvenues à un degré de civilisation supérieur, se complaisaient dans le rêve d'une paix universelle... tout cela marque à tout jamais le front de l'Allemagne d'un sceau indélébile (1). »

S'il aimait son pays, il avait aussi le culte de sa petite patrie, son Roussillon natal. Il se plaisait à y aller passer quelques jours, à revoir parents et amis, à admirer les horizons que sa jeunesse avait contemplés. Avec les malades originaires de son pays, il aimait à s'entretenir familièrement en langue catalane, et tenait à les recommander au médecin à qui il les adressait.

Magnan était foncièrement optimiste, et la vie avait donné raison à son optimisme. Il ne croyait pas au mal, chose étrange pour un homme de qui, par profession,

---

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 4 janvier 1916; Masson, édit., Paris.

l'expérience des pires extrémités de la malfaisance était sans égale. Il se montrait, dans l'ordinaire de la vie, plein de confiance, incrédule aux soupçons : son âme était restée jeune par sa générosité et par ses illusions. Y avait-il aussi chez lui indulgence pour les infirmités de l'esprit humain, pour ces états psychopathiques frustes dont il savait démêler les affinités ? Il se peut. Aux lumières qu'il avait sur les anomalies mentales, il devait sans doute le bénéfice d'une vue plus précise et plus perspicace, d'une interprétation plus clairvoyante des réactions psychiques.

Bien qu'il vécût loin des hommes, il n'y avait chez Magnan rien du misanthrope. Il n'était ni maussade, ni chagrin. Nul scepticisme, marque assurée moins d'un esprit libre que d'une âme indifférente. Jamais les préoccupations médiocres qui envahissent facilement ceux que n'exalte pas quelque grande passion, n'eurent accès dans l'ordre de ses pensées. Magnan était peu communicatif, froid, réservé, silencieux. Toujours préoccupé par le souci de son service et de ses travaux, il n'entretenait jamais ses élèves de questions n'ayant trait ni aux malades ni à la science. Ennemi des inutiles causeries, il ignorait par suite la médisance et le dénigrement. Il avait de l'estime pour tous les travailleurs, mais l'ardeur de ses convictions lui faisait goûter peu la contradiction et les objections.

Sa sensibilité était vive. « Il faut aimer les aliénés, dit Esquirol, pour être digne et capable de les servir ». C'est de la sensibilité de Magnan que venait son désir obsédant de leur être utile. Sans ce foyer ardent de compassion, moteur de son inlassable activité, Magnan eut-il accompli les réformes par où vivra son nom ? S'il les a longuement méditées, ardemment poursuivies, et enfin imposées, c'est qu'il était inspiré, entraîné par sa sympathie pour les souffrances des

malades. « Les grandes pensées, a dit Vauvenargues, viennent du cœur. » Les grandes réformes aussi.

On a dit sa vénération pour les maîtres dont il avait eu « le bonheur d'être l'interne » ; il a proclamé lui-même sa « respectueuse affection, sa vive reconnaissance, sa sincère et profonde admiration » pour Baillarger qui, de son côté, s'enorgueillissait de l'avoir eu comme disciple (1). Il avait aussi le culte de l'amitié ; et, pour ne citer que les morts, on sait quels liens affectueux l'unissaient à Bouchereau « ami fidèle, si clairvoyant, si sincère, si dévoué », à Bouchard, à Motet, à Paul Garnier, son ancien élève, clinicien d'une rare distinction, à Mierzejewsky, à Léon Marillier « travailleur infatigable, esprit d'élite, homme de cœur, ami sûr et dévoué. » Sa charité ne s'exerçait pas seulement au bénéfice de ses malades, dont il régla parfois les frais d'hospitalisation à Sainte-Anne. Il eut aussi l'occasion de venir en aide à des confrères dans la gêne, et cela avec une discrétion louable.

Malgré son énergie qu'aucun obstacle ne rebutait, malgré son activité infatigable et sa puissance exceptionnelle de travail, Magnan n'était pas un homme d'action. L'homme d'action, par son besoin inassouvi d'activité, besoin souvent frénétique, et activité toujours polymorphe, s'exerçant dans des plans multiples, — l'homme d'action est, proprement, un hypersthénique constitutionnel, qui mêle en lui « mille personnages divers ». Son activité n'est pas seulement un moyen, mais un but en elle-même. Remarquons que les scrupules, fréquents chez l'asthénique constitutionnel, font souvent défaut chez l'hypersthénique. S'il n'est pas

---

(1) *Eloge de M. Baillarger* lu à l'Académie de médecine, séance annuelle du 23 décembre 1902 ; in-4°, 21 p. Masson, éditeur, Paris, 1902.

guidé par une intelligence puissante, et surtout bridé par une sensibilité vive — et dans ce cas on a les hommes de génie et les héros — l'homme d'action présente certaines affinités avec les amoureux. Le manque de sympathie humaine fait que l'impérieux besoin d'activité de ce « surhomme » équivoque, aiguillonné par l'exaltation du tonus de la cénesthésie, par l'hypertrophie du moi, n'hésite guère à fouler aux pieds les obstacles, et parmi eux les considérations altruistes.

Chez Magnan, au contraire, l'activité avait pour ressorts le goût de l'étude, le sentiment du devoir, la sympathie pour la souffrance. Chez lui, nulle dispersion, unité parfaite du moi, activité univoque, rectiligne, s'exerçant dans un plan unique, et non protéiforme, rayonnante, comme chez l'homme d'action. A cette concentration de la pensée, à cette convergence sur un objet unique — la clinique mentale — de toutes les forces d'un esprit supérieurement doué, est due la grandeur de son œuvre. Aussi éloigné de la formule psychologique du contemplatif, de qui l'esprit critique tue l'activité, que des caractéristiques — ou des stigmates — de l'homme d'action, Magnan apparaît comme un des représentants les plus complets de l'homme de science, le prototype du savant, doublé d'un apôtre.

Magnan était de taille moyenne, voûté, de constitution robuste, malgré des apparences frêles, d'une résistance à la fatigue rare. Son œil brun, ses cheveux et sa barbe jadis noirs, la forme allongée de sa tête, l'ovale accentué de sa face, la finesse de ses traits décelaient ses origines ibériques. L'habitude de l'observation attentive et de la réflexion avait modelé sa physionomie expressive, imprimé à ses traits une gravité sans affectation, adoucie parfois par la bienveillance du sourire, un air méditatif sans solennité. Avec cela, une

simplicité d'allures grande, nul ton professoral. Tout en Magnan disait la sincérité. Une ardeur concentrée, une conviction invincible se lisait dans ses yeux enfoncés sous l'arcade sourcilière : la flamme de son regard scrutateur, habitué à descendre dans les cryptes les plus secrètes de l'âme, révélait la pénétration de l'investigateur, la ténacité du réformateur, et aussi la véhémence des passions qui l'obsédaient, la passion de la science et la passion du bien.

Du maître de Saint-Anne, on répétera, en effet, ce que lui-même a dit de Baillarger, qu'il « s'est donné tout entier à la science et aux malades ». C'est à ces passions, dominatrices souveraines d'un grand esprit et d'un noble cœur, que Magnan doit d'avoir, dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, rempli un rôle comparable à la fois à celui de Pinel et à celui d'Esquirol.

Depuis ces deux maîtres, nul aliéniste n'a fait plus pour les malades, ni marqué d'une empreinte plus puissante la psychiatrie de son époque. On n'exagérera point la portée et l'ampleur de son œuvre, en affirmant qu'il a contribué pour une part considérable au rayonnement scientifique de la France, par son enseignement, par ses livres, traduits en plusieurs langues, par ses élèves répandus dans le monde entier. Il a ainsi servi son pays en bon Français.

Magnan, grâce à l'ensemble de ses qualités intellectuelles et morales, a accumulé tous les titres par où un médecin aliéniste peut espérer de vivre en la mémoire des hommes. Clinicien consommé, nosologiste du premier ordre, thérapeute, novateur et éducateur sans égal, bienfaiteur des malades, pionnier infatigable dans tous les domaines de la psychiatrie, il demeurera pour la postérité, comme il l'a été pour tous ceux qui l'ont approché, le type le plus accompli du médecin aliéniste. Toujours on aura profit à méditer son œuvre,

monument aux assises puissantes, dont le temps respectera les grandes lignes. Et le souvenir de sa vie, que ne se laisseront d'évoquer ses disciples, restera comme un précieux enseignement, comme « une excitation à bien penser et à bien faire » (Renan). C'est ainsi que, toujours, Magnan suscitera des vocations et continuera de former des élèves.

Telle est l'œuvre, telle est la vie, tels sont les traits de cette noble figure, prédestinée par un rare assemblage de qualités à la place qu'elle devait tenir dans l'histoire de la psychiatrie. On eût pu les résumer en deux mots et dire que Magnan a observé ses malades et qu'il les a soignés. Grand et rare éloge ! Son nom clôt dignement la lignée insigne des médecins aliénistes français du XIX<sup>e</sup> siècle. Et ce mot de lignée, prenons-le à la lettre : nous connaissons la généalogie spirituelle de Magnan ; on peut suivre la filiation ininterrompue qui, de disciple en disciple, fait de lui, véritablement, l'héritier des plus grands noms de la médecine mentale. N'avait-il pas été l'interne de Baillarger, lui-même ancien interne d'Esquirol, de qui enfin Pinel avait été le maître ? C'est ainsi que, de Pinel à Magnan, s'est transmis, directement, le culte d'un haut idéal, scientifique et philanthropique.

Magnan a terminé ainsi son éloge de Baillarger : « Ses œuvres restent impérissables ; elles révèlent son talent, son cœur, son esprit, et les travailleurs, sous l'impulsion qu'il a imprimée à la médecine mentale, continueront longtemps à suivre les sillons qu'il a si largement tracés. »

Reprenons cette péroration pour l'appliquer, intégralement, au maître de l'asile Sainte-Anne. Cette couronne, pieusement déposée par lui sur la tombe de Baillarger, Magnan, lui aussi, l'a méritée.

## BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie complète des travaux de Magnan a été donnée dans la notice qui précède. On la trouvera classée par ordre chronologique sous chacune des rubriques suivantes : *Psychoses toxiques.* — *Psychoses organiques.* — *Epilepsie.* — *Folie des dégénérés.* — *Délire chronique.* — *Folie intermittente.* — *Nosologie.* — *Thérapeutique.* — *Anthropologie criminelle.* — *Médecine légale.* — *Assistance des aliénés.* — *Législation des aliénés.* — *Médecine sociale.*

Laissant de côté les nombreux mémoires et communications de Magnan, on se contentera de reproduire ici la liste des volumes publiés en librairie :

*De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, 1 vol. in-8°, 282 pages, avec 6 figures et 3 tracés. Delahaye, édit., Paris, 1874.

*Recherches sur les centres nerveux ; pathologie et physiologie* ; 1 vol. in-8°, 222 pages avec 3 planches et 2 figures. Masson, édit., Paris, 1876.

*Le délire chronique à évolution systématique* (avec P. Sérieux), 1 vol. petit in-8°, 184 pages. Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Masson, édit., Paris, s. d. [1892].

*Recherches sur les centres nerveux ; alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés, paralysie générale, médecine légale* ; 2<sup>e</sup> série, avec 6 planches hors texte, 1 graphique en chromolithographie et 27 figures dans le texte ; 1 vol. in-8°, vii-572 pages. Masson, édit., Paris, 1893.

*Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile Sainte-Anne*, recueillies et publiées par MM. Briand, Legrain, Journiac et P. Sérieux, 2<sup>e</sup> édit., 1 vol. in-8°, 435 pages, avec figures. Bataille, édit., Paris, 1893.

*La paralysie générale* (avec P. Sérieux), 1 vol. petit in-8°, 193 pages. Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Masson, édit., Paris, s. d. [1894].

*Les dégénérés ; état mental et syndromes épisodiques* (avec Legrain), 1 vol. in-12. Rueff, édit., Paris, 1895.

*Leçons cliniques sur les maladies mentales* (2<sup>e</sup> série) recueillies et publiées par Pécharman, 1 vol. in-8°, 250 pages. Alcan, édit., Paris, 1897.

---

## Chronique

---

### **Ayons le culte des anciens aliénistes français.**

J'ai naguère, ici même, demandé le retour plein et entier à la médecine mentale française (1). Je le faisais en considération de ce fait que, depuis quelque temps, quelques-uns d'entre nous étaient trop portés à oublier nos doctrines françaises et leur enseignement en matière de maladies mentales, pour y substituer celles que les aliénistes allemands préconisaient et qui, sous bien des rapports, différaient des nôtres autant dans le fond que dans la forme. Les graves événements que nous commençons à traverser nous incitaient de toute manière à nous ressaisir et à constater que la psychiatrie allemande, dénaturant la nôtre, qu'elle s'appropriait en la démarquant, cherchait à la faire oublier, à la supplanter, et y substituait des descriptions dogmatiques qui n'étaient conformes ni à la saine observation des faits ni à la vérité scientifique.

Les témoignages d'assentiment et d'approbation que je reçus alors, dont quelques-uns émanaient des plus qualifiés d'entre nous, me furent, je puis bien le dire, fort agréables, et me montrèrent que je n'avais pas parlé hors de propos. Ils me firent espérer que la règle de conduite à laquelle je désirais nous voir tous nous rallier serait à l'avenir celle de tous les aliénistes français.

Ce sur quoi je me propose d'appeler aujourd'hui l'attention n'est en quelque sorte que le corollaire de ce

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1915.



que je demandai alors. Je voudrais que nous tous, aliénistes français, nous cultivions pieusement le souvenir des maîtres qui non seulement nous ont précédés dans la carrière, mais qui, en réalité, nous ont ouvert cette carrière, qui y ont été nos initiateurs, je dirais même nos créateurs, en même temps que les créateurs et les propagateurs des saines et justes doctrines des maladies mentales, qui ont été bien longtemps en honneur, non seulement parmi nous, mais même dans le monde entier. Je voudrais que nous conservions soigneusement ce souvenir ; que nous les connaissions dans leur vie, dans leurs œuvres, dans tout ce qu'ils ont fait de bien, de bon et de beau ; que nous ayons enfin pour eux un culte de vénération par lequel nous soyons encouragés à bien remplir nos devoirs à l'égard de la catégorie de malades à laquelle nous avons voué notre existence et à bien connaître, en la suivant dans la voie qu'il nous avaient tracée, la science qui concerne ces malades.

Qui pourrait méconnaître que si les choses avaient continué de marcher comme elles le faisaient, les noms et la mémoire de ces vénérables ancêtres eussent risqué de tomber dans l'oubli. Les Allemands poussaient de toutes leurs forces dans cette voie. N'est-il pas bien avéré aujourd'hui, qu'à les entendre, les progrès en toutes choses, littérature ou sciences, n'étaient dus qu'aux Allemands, aux seuls Allemands ! Leurs encyclopédies, leurs manuels, présentaient à l'univers une histoire où tout provenait d'eux. Nos savants étaient purement et simplement expulsés, leurs découvertes confisquées, leurs coups de génie annexés. En ce qui concerne spécialement la science des maladies mentales, on m'a signalé, entre autres, tel traité spécial de la paralysie générale où, dans une bibliographie copieuse, bourrée de noms allemands, il n'y avait pas le nom d'un seul

aliéniste français. Qu'importaient, pour l'auteur, les noms des Delaye, des Bayle, des Calmeil, des Bail-larger, qui furent les premiers à signaler et à décrire cette forme morbide ! Ce n'étaient pas des Allemands ; il ne comptaient plus, il n'y avait qu'à les passer sous silence, en réservant à des Allemands leur découverte et les descriptions qu'ils en avaient faites !

Un courant malheureux tendait à nous entraîner avec eux dans cette voie néfaste, et pour un peu nous eussions été portés à admettre que les Allemands étaient en tout nos maîtres.

Mais, aujourd'hui que nos yeux sont ouverts, secouons délibérément le joug que l'on cherchait à nous imposer. Et lorsque sera finie la guerre terrible à laquelle nous avons été traîtreusement entraînés, guerre pleine d'épreuves pour nous, pleine de grands sacrifices, mais dont nous devons, plus que jamais, avoir la confiance que nous sortirons vainqueurs ; alors, bien rendus à nous-mêmes, nous serons instinctivement ramenés à nos traditions, à nos origines, et nous n'aurons pas de peine à constater que nous avons en nous, chez nous, tout ce qui peut nous permettre de nous regarder, sans faux orgueil, comme n'étant inférieurs à qui que ce soit, parce qu'en réalité tant de découvertes importantes, tant de progrès en toutes choses sont venus de nous, chez nous, de nos anciens maîtres français. Et cela, aussi bien dans notre science des maladies mentales, que dans toutes les autres parties de la science.

Ce doit donc être un devoir pour nous, un devoir absolu, de conserver avec soin le souvenir de nos anciens maîtres aliénistes français, de les connaître dans leur vie et dans leurs œuvres et de leur rendre, en manière de dette, l'hommage qui leur est dû. Nous le devons pour plusieurs motifs

Motif de reconnaissance filiale : c'est eux qui nous

ont ouvert la voie, qui nous ont mis dans le droit chemin où, depuis lors, nous avons marché avec assurance. Sans eux, peut-être, nous ne serions pas du tout ce que nous sommes, et nous aurions continué à nous traîner dans les ornières des siècles précédents. Ils ont été des pères, et leurs enfants ont cultivé, agrandi, perfectionné leur œuvre. Mais sans les pères, les enfants n'eussent pas existé.

Motif d'admiration : c'est que pour bâtir les fondements de l'œuvre, pour en développer l'extension, ils ont peiné, lutté, souffert, dépensé leurs forces, donné le meilleur d'eux-mêmes, et ici encore nous trouvons des raisons d'augmenter notre reconnaissance, car nous bénéficions des résultats de leurs efforts et de leurs luttes.

Motif encore de devoir envers la science à laquelle nous sommes adonnés. Si, en effet, nous voulons bien la connaître, il est nécessaire que nous nous appliquions à savoir comment elle est née, comment elle s'est développée, quelle est la part qui revient à chacun de ceux qui ont contribué à ses développements et à ses progrès. Et le sachant, alors même que, par le fait de l'expérience, nous devrions ne pas nous attacher étroitement à leurs idées, à leurs conceptions, afin que nous soyons mieux à même de raisonner nos propres idées et de nous dégager de celles qui ne seraient, en somme, que des erreurs.

Motifs d'admiration, motifs de justice, motifs de science, motifs de reconnaissance, tout nous invite à cultiver ainsi pieusement le souvenir de nos anciens maîtres et à les bien connaître eux-mêmes.

Nous ne voulons certainement faillir à aucun de ces devoirs.

Quels moyens avons-nous de n'y pas faillir ? Le meilleur serait assurément de connaître et d'étudier à

fond les œuvres de chacun d'eux. Ce moyen qui, du reste, n'est pas infailible, n'est point à la portée de la plupart d'entre nous. Quelles bibliothèques sont assez riches pour posséder toutes ces œuvres? Qui donc a assez de loisirs pour les étudier entièrement, comme il le faudrait?

Nous pouvons nous y prendre de toute autre manière.

Qu'on me permette, si on le veut bien, une sorte de comparaison.

Dans les grandes familles d'autrefois, on tenait beaucoup à réunir et à conserver les portraits des ancêtres illustres, dont la contemplation permettait de fixer leur souvenir et celui de leurs hauts faits. La série en était établie dans une galerie d'honneur. En écrivant son drame d'*Hernani*, Victor Hugo a tiré de cette pratique une scène qui n'est pas sans grandeur, où l'un de ses personnages, don Ruy Gomez, prenant par la main le roi don Carlos qui s'efforce de lui faire commettre une mauvaise action, le fait passer à pas lents devant la suite des portraits de sa famille, et, devant chacun d'eux, rappelle leur titre de gloire, leurs hauts faits d'armes, les marques de fidélité qu'ils ont données, et demande à son souverain si, lui, le descendant de ces hommes illustres, il a le droit de forfaire à l'honneur.

Nos Gouvernements, à l'exemple des grandes familles d'autrefois, ont constitué aussi de ces galeries : les unes où sont les portraits de nos hommes célèbres, les autres où sont groupés les nobles faits d'armes de nos glorieux ancêtres; et, quand nous parcourons ces galeries, nous sommes, que nous le veuillions ou non, portés à comprendre la grandeur des services rendus et la gloire que les hommes et les faits ont valu à notre chère France.

Eh bien! Il me semble qu'à l'exemple qui nous est ainsi donné, nous devons, nous aussi, avoir chez nous,

sous nos yeux, les portraits de nos maîtres aliénistes. Mais ici, ces portraits ne seront pas des images, ce seront des histoires. L'histoire en elle-même est-elle, d'ailleurs, autre chose qu'un grand et ample portrait? Nous ne pouvons donc faire mieux que de rassembler, de connaître, de bien pénétrer les histoires, les biographies qui nous ont été faites de nos anciens maîtres aliénistes.

A l'instant même, en ce Recueil, déjà bien riche en documents de toute sorte, nous avons un exemple saisissant de l'intérêt que peuvent avoir pour nous ces biographies de nos anciens maîtres; on ne saurait trop louer M. le Dr Sérieux pour la manière dont il nous fait revivre celui qui, le dernier, a cessé d'être au milieu de nous, de Magnan, dont le nom gardera certainement une place importante dans l'histoire de la médecine mentale française.

En dehors des œuvres de Magnan, dont quelques-unes sont de la plus haute valeur, ce que j'admire beaucoup dans la vie de cet homme, ce qui me touche profondément, c'est qu'il savait, lui, pratiquer noblement, à l'égard de nos anciens maîtres, de ceux, en particulier, qui avaient été spécialement les siens, le culte que nous devons rendre à tous.

Sa biographie sera une belle œuvre dans la galerie que nous parlons de constituer.

D'autres y ont apporté précédemment des contributions plus ou moins importantes.

Le premier qui s'y adonna d'une manière spéciale fut A. Motet. Ses biographies, insérées toutes dans les *Annales médico-psychologiques*, où il est facile de les trouver, ont été réunies en un volume publié en 1894 (1).

---

(1) *Notices biographiques* (1873-1880). Éloges lus aux séances

Motet y a tracé, de manière saisissante, les portraits de Félix Voisin, un remarquable éducateur ; de Morel, l'un des plus grands, à côté d'Esquirol, de la noble phalange de nos anciens aliénistes, qui, par un trait de génie nous a ouvert, sur les influences désastreuses de l'hérédité, des vues immenses, d'où il nous a fait découvrir presque tout le champ de la dégénérescence ; d'Aubanel, qui fut l'un des premiers pionniers de la rénovation du régime des aliénés, et qui contribua puissamment à jeter les bases de la médecine légale qui est applicable à nos malades ; de Trélat, enfin, à qui nous devons les premières vues d'ensemble sur ce sujet si délicat, si peu accessible aux profanes, auquel il a donné le nom de folie incide.

Nous voici maintenant en face d'autres tableaux qui ont été brossés avec netteté, et qui mettent merveilleusement en relief les grandes figures auxquelles ils sont consacrés. Ces tableaux sont dus au D<sup>r</sup> René Sémelaigne, qui — dans un admirable volume (1), auquel on ne peut reprocher, alors qu'il se présente comme étant un tome I<sup>er</sup>, que de ne nous avoir pas encore donné les suites qu'il nous promettait — nous fait connaître les vies et les œuvres de Philippe Pinel, d'Esquirol, de Ferrus, de Jean-Pierre Falret, de Félix Voisin, de Georget.

Jean-Pierre Falret, comme Félix Voisin, fut, lui aussi, un éminent éducateur. Il a formé des élèves, parmi lesquels les noms de Morel et de Lasègue, et aussi du grand Claude Bernard, brillent d'un éclat particulier, et ces élèves lui ont fait le plus grand honneur.

---

publiques annuelles de la Société médico-psychologique, par le D<sup>r</sup> A. Motet, secrétaire général, 1 vol. in-12, J.-B. Baillière et fils, Paris, 1894.

(1) *Les grands aliénistes français*, tome I<sup>er</sup>. Steinheil, éditeur, Paris, 1894.

Mais, il faut bien le reconnaître, les noms de J.-P. Falret, de Félix Voisin, de Georget, sont un peu mis dans l'ombre, à côté du nom de Ferrus, et, encore plus, à côté des grands noms de Pinel et d'Esquirol.

M. Semelaigne, qui est de la famille de Pinel, se trouva tout naturellement porté à entreprendre l'histoire de son grand-oncle. Il l'a fait de manière à nous le présenter sous le jour qu'il fallait et à nous le faire bien connaître. C'est une banalité, mais une vérité que cependant il ne faut pas méconnaître, de dire que Philippe Pinel fut un grand philanthrope. Quel trait de génie, et quel mérite il eut, de réhabiliter, en quelque sorte, l'aliéné, et de le faire sortir de la vie d'opprobre et de misère infamante où ce malheureux se traînait misérablement jusqu'alors ! En suivant, avec le D<sup>r</sup> Semelaigne, les luttes que Pinel eut à soutenir pour en arriver à ses fins, les déboires qu'il eut à supporter, on se prend invinciblement pour lui de la plus haute admiration.

Sans que ce soit en rien diminuer le mérite et la gloire de Ph. Pinel, il est bien permis de dire que la figure d'Esquirol fut la figure la plus grande des aliénistes des temps modernes, sans même en excepter celle de Morel.

Comme Pinel, Esquirol fut un philanthrope et un bienfaiteur des aliénés ; autant que lui, et sur de plus grands espaces, il contribua à améliorer leur sort ; et, mieux que lui, il fut un grand éducateur. Les noms de plusieurs de ses élèves, parmi lesquels Ach. Foville le père, sont illustres.

Les descriptions qu'il nous a données des maladies mentales sont des plus saisissantes qu'on puisse parcourir. Je ne me fais pas faute de dire que, pour mon compte, j'en suis enthousiaste. Certes, depuis lors, d'autres belles descriptions nous ont été données, et la

science des maladies mentales, avec ses élèves et ses successeurs, a fait de grands progrès, qui ont développé ou rectifié son œuvre. Mais, malgré tout, je ne puis jamais relire un de ses chapitres sans me dire qu'il m'a fait connaître les aliénés mieux que personne, et il me semble, chaque fois que je le relis, qu'il m'apprend quelque chose. Comme l'a dit excellemment d'elles le Dr Ritti, on se plaît à lire ses œuvres parce qu'elles nous obligent à penser.

Ferrus, lui, fut l'âme de la coordination des éléments de réforme accomplis par ses prédécesseurs. Il contribua plus que personne à la codification de nos lois sur les aliénés qui ont servi de modèle aux lois de tous les autres pays, et qui sont si excellentes que, quoi qu'on en dise et quoi qu'on fasse, on a de la peine non pas à les remplacer, comme quelques-uns le voudraient par erreur, mais seulement même à les améliorer.

Je viens de prononcer le nom de M. Ritti, et si l'on veut bien me le permettre, nous nous y arrêterons avec complaisance.

C'est qu'en effet nous lui devons un riche ensemble de beaux et grands tableaux, qui sont, en l'espèce, ornés de toutes les qualités qui marquent les grands maîtres. Ils ont du charme, ils ont de la variété; les ombres et les clairs s'y mêlent d'une manière harmonieuse. La longue suite de biographies que M. Ritti présente (1) est pleine d'aperçus saisissants, de remarques instructives, d'appréciations judicieuses et si attachantes qu'ayant commencé à les lire, on a de la peine à s'en arracher. Oh! comme ces biographies nous font bien connaître ceux dont elles nous parlent, comme elles nous appren-

---

(1) *Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et éloges de ses membres*, par le Dr Antoine Ritti. 2 vol. Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs, Paris, 1913-1914.



nent bien à les admirer, à les aimer, à les imiter de notre mieux ! A elles s'appliquent bien aussi les paroles de leur auteur que nous venons de citer, qu'on se plaît à les lire parce qu'elles nous obligent à penser.

Considérons rapidement les noms de ceux qui y sont dépeints.

Quelques-uns rayonnent d'une véritable gloire, même à côté de ceux de Pinel, d'Esquirol et de Morel. Tels sont Baillarger, qui a su si bien décrire la paralysie générale et a étudié les hallucinations de telle sorte qu'il n'y a pas été fait mieux ; Calmeil, dont la patience et la pénétrante analyse ont constitué d'emblée la connaissance de la paralysie générale ; Achille Foville, Max Parchappe, qui tinrent une si grande place dans la direction et l'organisation des services d'aliénés.

A côté de ces noms se placent ceux de Victor Marcé, de Renandin, de Ch. Lasègue, de Moreau (de Tours), de J. Cotard, de Lunier, de Billod, de Dechambre, et l'ensemble se termine par celui d'un homme qui a tenu une grande place dans sa génération, Jules Falret, dont on peut dire avec assurance que toutes ses œuvres sont marquées au coin de la meilleure clinique française, que les descriptions qu'il a faites sont destinées à rester classiques et sont frappées profondément au meilleur coin du suprême bon sens.

Il y aurait plaisir à détailler toutes ces biographies ; qu'on les lise, on en tirera plus grand profit encore.

M. Ritti n'est pas seulement un grand peintre de portraits : il est aussi un excellent peintre de batailles, et, sous ce rapport, il est jusqu'ici le seul à avoir produit une œuvre d'aussi grande envergure que la sienne. Ces batailles, ce furent les discussions scientifiques qui, dans un intervalle de cinquante années, furent soute-

nues dans le champ d'études si précieux qu'est la Société médico-psychologique.

Connaître ces discussions et s'en pénétrer est un des moyens les plus judicieux que l'on puisse avoir de bien connaître la science des maladies mentales. C'est, en effet, presque toute notre science de ces maladies que la société a évoquée devant elle. Qu'on en juge.

Voici des sujets d'une importance capitale :

- Les hallucinations ;
- La folie sympathique ;
- La monomanie antrefois en honneur ;
- L'influence de la civilisation sur le développement de la folie ;

- La paralysie générale ;
- L'épilepsie ;
- La folie raisonnante, et la folie avec conscience ;
- La responsabilité dite partielle des aliénés ;

et sur un plan un peu moins élevé :

- Le traitement collectif ou individuel des aliénés ;
- Les bains très prolongés ;
- L'insomnie chez les aliénés ;
- La sitiophobie et l'alimentation forcée ;
- Le non-restreint ;
- Les sorties à titre d'essai ;
- La séquestration des alcooliques ;
- Les aliénés dangereux ;

Ce n'est là qu'une sèche nomenclature. Mais qu'on veuille bien lire les résumés que M. Ritti a faits des discussions sur ces divers sujets, on rendra aisément justice à son mérite.

En nous reportant aux portraits qui nous ont été livrés par ces divers peintres, nous reconnaitrons sans peine tout ce que nous devons à nos illustres devanciers, à nos maîtres aliénistes.

Il n'est aucun d'eux qui, dans la sphère où il a évolué, ne tienne une place plus ou moins grande, n'ait, à des degrés divers, atteint à une gloire véritable ; aucun dont la vie ne nous soit d'un excellent exemple ; aucun dont la persévérance méritoire dans la voie qu'il s'était tracée ne soit réconfortante pour nous ; aucun qui ne mérite de tenir, dans la science des maladies mentales, une grande place, non seulement parmi nous, mais par tout l'univers.

Certes, il ne nous appartient pas de méconnaître les progrès dus aux savants d'autres pays ; nous laisserons aux Allemands la vilenie de cette manière de faire. Parmi ces savants, il en est dont les noms méritent de figurer honorablement, à des degrés divers, dans la liste de ceux qui ont contribué aux progrès de la science des maladies mentales. Nous devons tenir à honneur de rendre à tous ceux qui le méritent la justice et la considération qui leur sont dues.

Mais nous ne devons ni méconnaître ni oublier que la science des maladies mentales, qui est née en France il y a environ un siècle, doit continuer à faire, comme elle l'a fait jusqu'ici, l'unique et le constant souci de notre perfectionnement scientifique ; que presque tout ce qui s'y est produit de solide et de vrai est né chez nous, et que nous aurions le plus grand tort de nous en laisser détourner.

Nous ne devons ni méconnaître ni oublier que nous devons cette science à nos maîtres, à nos illustres devanciers, les anciens aliénistes français, et qu'à cause de cela nous devons avec soin conserver leur mémoire, honorer leur vie, nous assimiler leurs travaux et leurs exemples, et veiller à ce qu'on leur rende, chez nous et ailleurs, le culte qui leur est dû.

VICTOR PARANT père.

---

# Pathologie

---

## PATHOLOGIE DE L'ATTENTION

---

### ÉTUDE D'UN SYNDROME D'APROSEXIE SYSTÉMATISÉE

Par le Dr CHAVIGNY,

Médecin principal de 2<sup>e</sup> classe,  
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

---

La plupart des psychiatres qui ont décrit les troubles cérébraux survenus chez les combattants de la guerre actuelle se sont attachés à faire ressortir qu'on n'observait chez eux aucune forme morbide nouvelle.

A se renfermer strictement dans cette formule, on risque de ne pas tirer tout le parti possible des formes anormales dues à des conditions pathogéniques exceptionnelles.

J'ai eu occasion d'observer cinq cas d'un état, sinon nouveau, du moins très rare, à la fois en raison de sa systématisation bien nette et aussi du degré de développement auquel il atteignait : mes malades présentaient une abolition absolue de *l'attention volontaire* et de *l'attention subconsciente*, tandis qu'au contraire chez eux *l'attention spontanée* était intégralement conservée. Il m'a semblé que cet état était intéressant parce qu'il offrait à l'étude une forme de dissociation presque schématique et par conséquent favorable à l'analyse psycho-

logique. C'était, en outre, en utilisant quelques particularités constatées, une occasion de préciser les rapports qui existent entre *l'attention* et certains *faits de mémoire*.

Je ne prétends avoir découvert là ni une maladie nouvelle ni même un syndrome spécial ; mais ces observations paraissent valoir d'être présentées, car, malgré quelques recherches, la bibliographie (1) ne semble pas faire mention de cas aussi complets, aussi typiques.

De la description de Ribot date la distinction devenue classique entre deux formes de l'attention : l'une, *attention spontanée*, naturelle ; l'autre, *attention volontaire*, artificielle. Avant lui, l'analyse de l'attention spontanée avait été très négligée par la plupart des psychologues qui s'en étaient d'ordinaire limités à l'étude de l'attention volontaire, alors que celle-ci est seulement le résultat d'une éducation, d'un dressage, d'un entraînement, ayant l'attention spontanée pour point de départ.

La pathologie de l'attention étudiée depuis quelques années a donné lieu à des classifications qui ne diffèrent guère entre elles.

Ribot proposait une classification basée non sur les troubles mentaux concomitants, mais sur la forme même des troubles de l'attention :

1° Hypertrophie de l'attention (prédominance absolue d'un état intellectuel, par exemple dans l'hypocondrie ou l'extase) ;

---

(1) Ribot, *La psychologie de l'attention*. Alcan, 1889 et suivantes.  
— Nayrac, *Physiologie et psychologie de l'attention*. Alcan, 1906.  
— Pillsbury, *L'attention*. Doin, 1907. — Roerich, *L'attention volontaire et spontanée*, 1905. — P. Hospital, D'une maladie de l'attention, *Ann. méd.-psych.*, 1904, t. XX, p. 379. — Lehmann, Sur le rapport entre la respiration et l'attention, *Philosophische Studien*, t. VIII et XX. — Maigre, Les idées et les expériences de M. W. Mac Dougall sur la physiologie de l'attention, *Revue de Psychiatrie*, février 1907. — Revault d'Allonnes, Recherches sur l'attention, *Revue philosophique*, 1911, t. I, p. 285. — Vaschide et Meunier, *Psychologie de l'attention*, 1910. — Vaschide et Meunier, *Pathologie de l'attention*. Bloud, Paris, 1908.

2° Atrophie de l'attention (hystérie, faiblesse irritable, convalescence) ;

3° État d'infirmité congénital de l'attention (l'attention ne s'est pas constituée : idiotie, imbécillité).

Vaschide et Meunier distinguent une *aproxexie*, une *hypoproxexie*, une *hyperproxexie*, une *paraproxexie*, selon que l'attention est *disparue*, *diminuée*, *exagérée* ou *déviée*.

La simple distraction par dissipation intellectuelle (Ribot) rentre dans les cas des troubles de l'attention ; pour quelques-uns, c'est une hypoproxexie passagère.

Les états de troubles de l'attention ont été étudiés dans les diverses psychoses. Nayrac propose de classer ainsi les troubles de l'attention :

1° *Attention volontaire faible avec attention affective forte* : Psychasténiques, hystériques, persécutés, hésitants ;

2° *Diminution très sensible de l'attention volontaire et de l'attention affective* : Paralytiques généraux, déments ;

3° *Désagrégation de l'attention* : Hypochondriaques, déments avancés ;

4° *Désagrégation plus avancée encore* : Persécutés, mélancoliques anxieux ;

5° *Attention volontaire nulle, même si l'attention affective est très exagérée* : Idiots, mystiques.

On constate aisément combien ces groupes sont mal délimités.

Janet a défini, avec sa précision habituelle, les états d'aproxexie qu'on rencontre chez les psychasténiques (1).

Récemment, décrivant certaines surdités observées au cours de la guerre actuelle et qui ont souvent dérouter les non-spécialistes, parfois même les spécialistes,

(1) Raymond et Janet, *Obsessions et psychasténies*, vol. II, p. 17 (obs. 14), p. 34 (obs. 12), p. 35 (obs. 19).

Ranjard a mentionné, dans cette sorte de surdité, le rôle important de l'*hypoprosesie* (1).

Dans la plupart des cas publiés jusqu'ici, les troubles de l'attention constituaient l'un des symptômes accessoires, secondaires des troubles cérébraux présentés par les malades. Tout au contraire, dans les cas que j'ai observés en 1915, le déficit de l'attention occupait le premier plan dans le tableau clinique. Tous les autres symptômes faisaient simplement cortège à cet état d'inattention absolue. Dès que l'attention arrivait à se reconstituer à nouveau, ces malades devenaient des convalescents. Leur guérison se jugeait par le retour de leur faculté d'attention à son état d'intégrité.

Il était donc absolument indiqué, à défaut de pouvoir faire mention du cas de ces malades sous l'une des étiquettes nosologiques usuelles, de désigner, comme je l'ai fait, ces troubles sous un nom qui en mettait en relief le caractère saillant, primordial.

C'est ainsi que je les ai relatés sous le nom d'*aprosesie* (2).

Ce mot ne préjugait ni de la cause, ni de la nature des accidents ; il traduisait simplement le symptôme le plus saillant du tableau.

Ce nom d'*aprosesie*, que j'ai alors employé avait été extemporanément improvisé sur ma demande par M. Perron, inspecteur d'académie de la Marne, qui tira du grec *προςεχω* le mot dont j'avais besoin. J'ignorais alors que ce mot eût déjà cours en terminologie médicale. Je ne disposais d'aucun document qui pût me l'indiquer. La forme et le sens de ce terme s'imposaient, paraît-il, puisqu'il avait déjà été adopté pour désigner la même sorte de troubles psychiques.

---

(1) Ranjard. Les surdités par obusite. *Académie de médecine*, 12 septembre 1916, et *Paris Médical*, octobre 1916.

(2) Chavigny, *Paris Médical*, 23 octobre 1915, p. 417.

Ribot en fait remonter l'emploi à Guge, d'Amsterdam (1). Celui-ci l'avait créé sous la forme d'*aprosékie* ». *Aprosexie* est plus conforme aux règles de l'étymologie. Il est devenu d'usage presque courant en psychiatrie (2).

Voici en quels termes j'ai décrit le syndrome observé en 1915 : « Ce terme d'*aproséxie* (de  $\alpha$  privatif, *προσεχω*, être attentif à) rappelle le symptôme le plus évident de cette forme psychique, l'état d'impossibilité absolue pour le malade de fixer volontairement son attention sur un objet quelconque. Très éveillé, tout au contraire de ce qui s'observe dans la confusion mentale, le sujet est à la merci de toutes les excitations qui lui viennent du dehors, mais aucune de ces excitations ne se transforme en impression et n'est le point de départ d'une sensation ou d'un travail cérébral.

« Il y a là quelque chose de l'état mental du tout jeune enfant, qui, successivement, tourne ses regards vers tout ce qui brille, vers tout ce qui s'agite ou fait du bruit, mais encore faut-il remonter jusqu'à l'âge où l'enfant n'est pas même capable de sourire, et où son regard, attiré par l'objet brillant ne se fixe pas sur lui.

« Bien plus encore, cet état rappelle la mimique de certains oiseaux, qui, en cage, tournent incessamment la tête vers les bruits ou les mouvements du voisinage. L'absence chez l'oiseau de tout jeu de physionomie rend la comparaison encore plus exacte, car chez nos malades le masque restait rigoureusement impassible ».

(1) Ribot, *Psychologie de l'attention*, 1889, p. 104, note. — Guge faisait dériver *aprosékie* de  $\alpha$  et *προσεχω*, mais l'étymologie exacte est  $\alpha$  et *προσεχω*, qui, régulièrement, donne *aproséxie*. — Voir aussi Raymond et Janet, *Névroses et idées fixes*, t. II, p. 44.

(2) Vaschide et Meunier, *La pathologie de l'attention*. — Raymond et Janet, *Loc. cit.* — Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentales* (A. Selin et Houzeau, 1912, p. 81). — Grasset, *Le psychisme inférieur*, 1906, p. 321, etc.



OBSERVATION. — Le soldat R..., du ...<sup>e</sup> dragons, âgé de vingt-cinq ans, entre dans le service le 30 mai. Il est évacué du front pour troubles mentaux. Il semble qu'on soit en présence d'un automate dont il faille diriger tous les mouvements. Si on le tire par la main, il se lève, marche sans faire de résistance, sans protester ni de la voix, ni du geste.

Sur son visage, absolument impassible, ne se reflète la trace d'aucune opération intellectuelle, ni émotion, ni étonnement, ni attention. Cette figure est totalement dépourvue d'expression. Contrastant avec cette rigidité absolue du visage, les yeux au contraire sont extrêmement mobiles. Dès qu'un mouvement, un bruit se produit dans son voisinage, R... tourne la tête de ce côté, mais le regard qu'il jette ainsi est bref, car, instantanément, les yeux se portent dans une nouvelle direction, attirés par un autre bruit, un autre mouvement (1); les yeux et la tête tournent ainsi continuellement, à gauche, à droite, en un mouvement ininterrompu, et tout naturellement vient la comparaison avec les mouvements de la tête d'un oiseau qui, sans cesse, tourne, regarde, écoute, mais qui, bien évidemment, ne réfléchit à rien. R... ne demande pas à manger, mais il avale les aliments qu'on lui met dans la bouche; il boit à la tasse, qu'on lui présente entre les lèvres. Il urine dans le vase, mais ne demande ni par paroles, ni par gestes, soit à manger, soit à boire, soit à uriner. Les excitations diverses sont sans effet. Interpellé vivement : « Quel est votre nom, votre régiment ? » R... regarde un instant celui qui lui parle; immédiatement après, ses yeux se reportent vers un autre point de la salle où un excitant quelconque appelle la vigilance de ses regards. Il est muet et ne semble pas sourd. Une faradisation assez intense appliquée sur un point quelconque du tégument (cuisse, abdomen) appelle pour un instant de ce côté son regard; même, de la main, il esquisse un mouvement de défense contre l'électrode qui l'excite ou l'épingle avec laquelle on le pique, mais ce geste ne dure qu'un instant, et il faut répéter vivement l'excitation pour qu'à nouveau le geste se produise, tout aussi fugitif.

Cet état d'indifférence absolue persiste pendant trois jours, puis, peu à peu, R... devient plus réellement attentif à ce qu'on lui dit; il fronce un peu le sourcil avant de riposter péniblement

---

(1) Noter la prédominance du mouvement des yeux comme initiateur de l'état d'attention.

par un oui ou un non à la question qui lui a été posée; puis, amélioration progressive; en l'espace de quatre ou cinq jours, il en arrive à pouvoir répondre assez couramment aux questions. Enfin, il manifeste spontanément ses besoins, ses désirs; ses idées s'enchaînent à nouveau, soit provoquées, soit spontanées. Simultanément, son attitude et sa physionomie se modifient, il n'a plus cet aspect d'oiseau par lequel nous caractérisions couramment son attitude du début. Le regard qui vient se fixer sur un objet s'y arrête quelque instant, parfois longtemps, et l'on voit manifestement que les excitations extérieures provoquent des sensations, suscitent même des pensées. Enfin, la mémoire reparait peu à peu et le malade peut raconter son histoire :

Il était à la Grange-au-Bois dans un grenier au premier étage, lorsqu'il vit rapporter au cantonnement son commandant amputé d'un bras et d'une jambe. Il perdit connaissance et fit une chute de 3 mètres de haut, au travers de la trappe du grenier. C'est le choc émotif-type compliqué de traumatisme. La chute fut assez amortie pour ne produire aucune lésion.

Lorsque, presque rétabli, il put traduire en détail ses impressions et son psychisme, une lacune très nette et très délimitée fut constatée dans ses souvenirs. Une amnésie absolue englobait toute la période de maladie.

Des troubles de mémoire identiques ont été constants dans tous les cas d'aprosodie observés par nous.

Chez R..., l'amnésie s'étendait à toute la période pendant laquelle s'étaient manifestés les troubles de l'activité générale. Il se souvenait de tout son passé éloigné, pouvait en raconter le détail jusqu'au moment où, à la Grange-au-Bois, il avait perdu connaissance et il se souvenait des causes de sa chute. A partir de ce moment, lacune complète s'étendant aux premiers soins qu'il avait reçus, à son voyage d'évacuation, à son entrée à l'hôpital et à son séjour dans la salle, en tout, une période globale de huit jours.

Comment caractériser un état dans lequel il y a une sorte d'arrêt de toutes les fonctions cérébrales ?

Dire qu'il existe une incapacité totale d'attention, c'est caractériser seulement la maladie par son symptôme le plus typique, le plus évident. De là le nom choisi, qui n'est qu'une désignation clinique, toute provisoire d'ailleurs. S'il fallait rechercher une explication des accidents, peut-être serions-nous porté à invoquer une amnésie de fixation, absolue pendant quel-

ques jours, et coïncidant avec une amnésie rétrograde passagère. Un état d'amnésie absolu, constant et immédiat, produit en effet une incapacité totale d'attention.

Sous la forme typique, qui vient d'être décrite, l'état d'aprosxie s'est présenté cinq fois à notre observation. Les malades, provenant de divers régiments, de divers secteurs de combat, n'avaient pu avoir entre eux aucun contact. Parmi les mieux caractérisés, un sergent du ...<sup>e</sup> chasseurs à pied, Chers..., se présentait à son arrivée, dans une situation absolument analogue, qui se compliquait encore d'une surdité totale, et l'unique manifestation de vie dans son visage impassible, inémotif, c'était le perpétuel mouvement des yeux, qui tout autour d'eux cherchaient le mouvement, et, pendant un instant, le suivaient. Quelqu'un ayant eu l'idée de lui offrir une cigarette, ce sergent resta entièrement indifférent à cette offre, sembla ne nullement s'en soucier, mais, quand on la lui plaça allumée entre les lèvres, il la fuma jusqu'au bout, sans d'ailleurs y prêter la moindre attention.

La *symptomatologie* n'a guère besoin qu'on la précise plus en détail ; cette description était assez nette pour que Georges Dumas, dans sa revue sur *Les troubles mentaux et la guerre* (1), après avoir rappelé ma description, ait mentionné deux cas d'aprosxie au nombre des manifestations qu'il avait observées dans son service. Le Dr Briand, médecin-chef de l'Asile de Villejuif, et actuellement chef du service central de Psychiatrie à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, m'a dit qu'il en avait également constaté plusieurs cas et qu'il lui avait été aisé de les rapporter au type décrit.

Tout au plus, la description donnée pourrait être complétée par la mention de quelques symptômes négatifs : absence de modification des réflexes, de troubles digestifs et de troubles urinaires.

Ces sortes d'accidents sont d'*apparition* précoce et d'*évolution* assez rapide ; ils s'observent dans un laps

---

(1) Georges Dumas, *Revue de Paris*, juillet 1916.

de temps relativement court après l'accident émotif qui leur a donné naissance. Aussi les voit-on plus volontiers dans les salles de neuro-psychiatrie de l'avant, dans ces services spéciaux de l'hôpital d'évacuation qui sont l'antichambre de l'Asile, le lieu de triage des nerveux.

C'est dans un service de ce genre que je les ai observés à l'hôpital d'évacuation de S. D..., où malades comme blessés arrivaient souvent dans les douze heures du traumatisme causal. Tout au contraire, je n'ai revu ultérieurement aucun cas analogue dans un service d'expertises psychiatriques de guerre où passent des hommes atteints d'accidents psychiques à forme subaiguë ou chronique.

L'étiologie de ces cas est très constante et uniforme : le choc émotif est toujours le point de départ des accidents. Le cas qui a été relaté plus haut réunit à la fois un choc émotif et un traumatisme direct surajouté (chute). Un autre de mes malades, resté dans cet état d'aproxie pendant quarante-huit heures, me retraçait plus tard d'une façon saisissante la cause de ses accidents, lorsque, arrivé à la période d'état onirique qui a précédé le retour à l'état normal, il répétait sans cesse dans la journée ces mots : « L'adjudant... pfutt » et le geste dans l'espace complétait la pensée.

Lorsque, quelques jours après, il a pu raconter en détail ce qui s'était produit, il disait qu'un gros projectile avait « volatilisé » instantanément l'adjudant qui était à côté de lui dans la tranchée. Homme intelligent et d'une certaine culture intellectuelle, le mot « volatilisé » était celui qu'il avait choisi d'instinct pour traduire sa pensée. Il avait trouvé le terme descriptif, presque spécifique.

Bien assurément, ces accidents d'aproxie ont toujours évolué sur un terrain *prédisposé*, mais, pourtant,

aucun de ces malades n'avait été atteint jusque-là de troubles nerveux ayant nécessité un traitement. Ils n'étaient que prédisposés et la part du traumatisme déterminant était réellement prépondérante.

Je ne m'attarderais pas à discuter la *simulation* si, dans les conditions particulières de guerre où l'on était alors, on ne devait se défier toujours de la simulation, surtout lorsqu'on observe une forme morbide insolite, nouvelle. Mais, réellement, ce genre de troubles était trop compliqué pour être inventé et soutenu avec quelque vraisemblance. La présente étude démontrera combien une analyse détaillée était nécessaire pour en délimiter, en préciser les contours. Il faudrait supposer chez ces malades des connaissances en psychologie et en psychiatrie qui certainement dépassaient de beaucoup leur degré de culture et de capacité intellectuelle. En outre, il aurait fallu qu'un éducateur commun eût enseigné ce même type clinique aux malades de M. Dumas, à ceux de M. Briand et aux miens. Or, tous ceux-là provenaient de régions différentes du front.

Le rôle de la *suggestion* pourrait être discuté, si l'on veut; mais admettre qu'il s'agisse de suggestion par le médecin est bien peu vraisemblable. Remarquez en effet que des médecins différents auraient dû alors suggérer à une série d'individus, un type morbide qu'ils auraient inventé, toujours pareil; alors que ces troubles psychiques, si spécialement catégorisés, sont formellement inconnus de la majorité des médecins. C'est une hypothèse bien compliquée pour interpréter un cas qui pourrait être simple en étant vrai.

ANALYSE DU SYNDROME. — Il y avait assurément chez mes malades un état de dissociation très spécial de l'attention puisqu'ils étaient à la fois absolument incapables de fixer leur attention pendant un instant, si court qu'il fût, sur un objet déterminé, tandis qu'au

contraire ils étaient plus attentifs qu'on ne l'est même d'ordinaire à tous les bruits, à tous les mouvements survenus dans leur voisinage; ils étaient à la fois très inattentifs et très attentifs.

Comment concilier ces termes si opposés?

Il existe chez l'homme plusieurs formes d'attention différentes; c'est de là que va sortir l'explication de la difficulté actuelle, c'est là que va se trouver la solution. Mais les dissociations de l'attention qui ont été jusqu'ici plus spécialement étudiées comportaient seulement une séparation entre l'attention volontaire et l'attention subconsciente. Les études de Janet ont signalé ces sortes de dissociations, dont on retrouve la description et surtout une notation schématique très facilement intelligible dans l'ouvrage de Grasset sur le psychisme inférieur :

*L'attention volontaire*, c'est celle du centre O (Grasset) qui, volontairement, de parti délibéré, et avec toutes ses facultés s'applique, s'attache à un objet déterminé. C'est l'attention dont on se sert quand on tend tout son effort intellectuel à répondre à une question difficile.

Notons, en passant, que cette attention supérieure se traduit, s'accompagne, se matérialise par une orientation musculaire, avec mimique spéciale, typique.

*L'attention subconsciente* est celle qui est en jeu le plus habituellement dans les circonstances banales de la vie de tous les jours; c'est celle par exemple qui, dans une rue fréquentée, nous fait éviter les passants, les voitures, tandis que nous causons avec un compagnon de route, ou bien lorsque nous lisons notre journal, ou encore, lorsque notre attention volontaire est au même moment occupée par ailleurs à poursuivre la solution d'un problème difficile.

Cette attention tutélaire de la vie courante, c'est l'attention polygonale de Grasset. Une des caractéris-

tiques de cette attention subconsciente, c'est d'être plus constamment en éveil, plus facile à susciter que l'autre (1). Ludwig, Lange, Onanof ont fait des mesures précises et ont constaté que les réactions sont toujours plus longues, quand le sujet fait volontairement attention au signal explorateur ; au contraire, le temps de réaction s'abrègent quand le sujet s'en rapporte à l'attention subconsciente et laisse celle-ci fonctionner seule.

Cette attention polygonale est une attention discrète, qui ne *sente* pas l'effort, qui ne s'accompagne pas de manifestations musculaires inutiles, pas même de mimique spéciale. Elle se limite au strict nécessaire, ne se traduit que par ses effets pratiques. Elle est rigoureusement conditionnée par le résultat à atteindre. Elle se conforme ainsi aux règles qui régissent tout le subconscient : Adaptation devenue aisée, puis automatique par suite d'une longue éducation.

Ainsi donc, *attention volontaire* et *attention subconsciente* sont deux modalités bien distinctes d'un même genre de fonctionnement de l'esprit. Les descriptions qui viennent d'en être données sont peu discutables et les principaux traits en sont empruntés à Janet et à Grasset.

Il semblerait, en lisant Grasset (*Psychisme inférieur*, p. 310), que Janet ait affirmé l'identité de l'attention automatique avec l'attention spontanée de Ribot, et que celle-ci soit la même que l'attention polygonale.

En réalité, quand on relit les textes de Janet (*Névroses et idées fixes*, t. I, p. 78 et 94), il semble que celui-ci ait à peu près exclusivement étudié les différences entre les manifestations de l'attention volontaire et de l'attention subconsciente et n'ait guère eu en

---

(1) Janet, *Névroses et idées fixes*, t. I, p. 94. — Grasset, *Le psychisme inférieur*, p. 310.

vue l'attention spontanée que ses études ne lui présentaient pas sous forme isolée.

L'attention subconsciente reste une forme de fonctionnement mental bien spécial. Il n'y a rien dans le subconscient qui n'ait été primitivement du domaine du conscient. Ainsi que l'a parfaitement fait valoir Gustave Lebon, le subconscient est le résultat de l'éducation, c'est même à proprement parler son but.

Quand on lit attentivement les pages que Ribot a consacrées à l'*attention spontanée* (1), on constate que celle-ci est d'un degré beaucoup plus rudimentaire et ne se confond nullement avec l'attention subconsciente. L'attention spontanée, c'est l'attention telle que la manifeste le jeune enfant dont les yeux se tournent vers la lumière, c'est l'attention de l'animal dont les oreilles se dressent vers le bruit. Cette attention rudimentaire vraiment spontanée est mise en jeu par des états affectifs encore imprécis, elle est presque autant, ou même bien plus musculaire que psychique. Elle est tout juste d'un degré supérieur aux véritables réflexes et l'on pourrait la définir : *Un réflexe compliqué*, initiateur d'état affectif.

Les phrases par lesquelles débute Ribot dans son chapitre sur l'attention spontanée, sont très caractéristiques à cet égard et très formelles : « L'attention spontanée, dit-il, est la seule qui existe tant que l'éducation et les moyens artificiels n'ont pas été mis en œuvre. Il n'y en a pas d'autres chez la plupart des animaux et les jeunes enfants. »

C'est cette attention spontanée qui est le point de départ de l'attention volontaire, par l'intermédiaire de

---

(1) Le terme de *spontané* ne satisfait guère l'esprit, puisqu'il s'agit toujours d'états intellectuels *provoqués*. Tel je l'ai trouvé dans Ribot, tel je l'emploie. Les mots : *primaire*, *rudimentaire* seraient peut-être préférables (Souriaud).



l'éducation. Plus tard encore, l'attention subconsciente emmagasine des résultats obtenus par l'attention consciente et les rend pratiques, faciles.

Nous en arrivons donc à la notion de trois états d'attention qui en représentent les degrés, aussi bien dans le développement intellectuel de l'individu que dans l'importance des objets auxquels chacune d'elles s'applique :

1° *Attention spontanée*, rudimentaire, affective indéterminée, existant de naissance et très équivalente de celle qu'on rencontre chez l'animal.

2° *Attention consciente* qui, ayant pris la précédente comme point de départ, est, tout au contraire, placée à l'autre bout de l'échelle, et qui, chez l'adulte, reste réservée à quelques actes privilégiés de l'intelligence.

3° *Attention subconsciente* : l'éducation, l'habitude transpose beaucoup de faits d'attention au domaine du subconscient, où ils finissent, en raison de leur caractère d'automatisme, par devenir pratiques, très semblables aux faits d'attention spontanée ; mais on voit que *leur mode d'acquisition* est très différent (1).

Cette digression, un peu longue je l'avoue, était pourtant absolument indispensable pour permettre de définir quelle était l'étendue et la répartition exacte des troubles de l'attention chez les malades que j'ai observés. C'est en analysant leur cas de très près, pour mieux les comprendre que j'ai fait cette revue, qui est presque une mise au point de la question de l'attention. Ce sont des malades que l'on ne comprend bien qu'à l'aide d'une analyse psychologique complète, mais ce sont aussi de ces malades qui obligent à mieux préciser les notions de psychologie.

Mes malades donc se présentent avec une délimita-

---

(1) La distinction didactique établie entre ces trois états ne tend cependant pas à nier que des transitions presque insensibles les relient entre eux.

tion bien nette : Disparition absolue de l'attention volontaire, disparition non moins absolue de l'attention subconsciente, conservation et même exacerbation de l'attention spontanée. Tel est le type dans ses grandes lignes.

Toutefois on pourrait se demander s'il n'y aurait pas encore lieu de préciser la nature de certains de leurs actes semi-automatiques. Par exemple, le sergent Ch..., à qui on présente une cigarette allumée, la regarde une seconde, absolument de la même façon qu'il regarde tout objet quelconque, mais il ne la prend pas. Si on la lui met dans la bouche il la fume complètement, mais ceci, c'est presque un réflexe, l'acte commencé appelle sa continuation.

L'acte de fumer, avec l'attention polygonale, c'est l'acte de cet auteur qui devant son bureau prête toute sa puissance d'esprit à la page qu'il compose. Sa main à un moment donné s'étend vers le porte-cigarettes, y puise, puis il allume la cigarette. L'attention subconsciente s'est manifestée, est intervenue pour qu'il ne tente pas de fumer ou son crayon ou son porte-plume, tandis que continuer l'acte commencé n'exige plus aucune attention même subconsciente.

Pour bien préciser les troubles de l'attention chez mes malades il faut donc dire qu'ils étaient en état d'aproséxie systématisée : Attentions consciente et subconsciente complètement abolies, attention spontanée, rigoureusement conservée, même exagérée.

ETAT D'APROSÉXIE ET TROUBLES DE LA MÉMOIRE. — Sans prétendre à faire une analyse complète des rapports qui existent entre l'attention et les faits de mémoire, il me semble que dans les cas ci-dessus il y a lieu de noter quelques particularités intéressantes :

D'habitude l'amnésie est un trouble essentiellement, exclusivement subjectif ; au contraire, chez les malades

atteints d'aprosxie, il est très curieux de constater qu'on peut pour ainsi dire objectivement constater l'état d'amnésie, sa production.

Il suffit de réfléchir un instant pour se rendre compte que l'attention volontaire, que l'attention subconsciente ne sont possibles que sous conditions d'un apport de souvenirs. L'attention est en effet régie par une comparaison rapide avec des faits déjà connus. Cette comparaison s'exerce tantôt suivant le mode de la similitude, tantôt suivant le mode de la dissemblance. Attention volontaire, attention subconsciente, travaillent sur les mêmes bases. L'un des exemples les plus curieux du mode de travail de l'attention subconsciente par élimination, est assurément celui du botaniste qui, circulant au milieu d'un tapis de plantes en variétés presque innombrables, sent brusquement son œil l'arrêter sur une touffe de plantes appartenant à une espèce qu'il ne connaît pas.

Chez mes malades en état d'aprosxie, on voyait très bien, d'après leur mimique, qu'aucun travail cérébral quelconque ne prenait comme point de départ les bruits, les mouvements, qui successivement, autour d'eux, avaient un instant orienté la direction de leurs regards, le sens de leur attitude. On voyait que ces sensations successives tombaient dans le vide, qu'elles n'étaient le point de départ d'aucun travail cérébral, qu'il n'y avait aucune confrontation avec des faits de mémoire antérieure, que ces sensations successives ne pénétraient pas, ne s'accumulaient pas dans la mémoire (1).

Chez aucun aliéné quelconque je n'ai jamais vu se réaliser un tableau comparable d'amnésie objective. C'était un état d'amnésie continu.

---

(1) Je ne cherche pas ici à établir si cet état d'amnésie de fixation est le phénomène primitif et causal de l'état intellectuel du sujet. C'est une simple constatation.

Cette analyse que nous venons de faire, des rapports de la mémoire et de l'attention, précise encore mieux la distinction à faire, distinction déjà indiquée plus haut entre l'attention volontaire et l'attention subconsciente d'une part, l'attention spontanée d'autre part. L'attention spontanée peut servir de point de départ à des faits de mémoire, elle n'en a cependant pas elle-même besoin comme base. L'attention spontanée, par exemple chez l'enfant, recueille des faits qui peu à peu vont s'accumuler dans la mémoire; mais les premiers mouvements de l'attention sont exclusivement régis par des excitants extérieurs qui suscitent des états affectifs diffus, sans aucune comparaison nécessaire avec des états analogues antérieurs.

Où placer, dans le cadre nosologique, ces accidents d'aprosesie? Je ne m'attarderai pas à une discussion à ce sujet. Presque d'instinct, je les avais rapprochés de la confusion mentale, mais les groupes psychiatriques sont tellement mal délimités que le classement des cas n'a qu'un intérêt bien secondaire et je rapporte ici simplement pour mémoire la discussion de diagnostic différentiel dont j'avais fait suivre ma description primitive des cas.

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL.** — Les différentes formes de troubles mentaux avec lesquelles pourrait se confondre l'aprosesie sont : la confusion mentale simple, la mélancolie et aussi l'apathie intellectuelle du débile. (Intentionnellement, nous ne faisons pas intervenir le diagnostic avec la démence précoce, la légitimité de cette forme nosographique, d'invention étrangère, nous ayant toujours paru suspecte.)

Qu'il soit agité, ou en état de torpeur, le confus se reconnaît à son état de désorientation intellectuelle, qui est la caractéristique du syndrome; l'obtusité rend parfois l'idéation lente, pénible, mais aucun trait de ce

tableau ne rappelle l'aspect sous lequel les malades atteints d'aprosxie se sont présentés à nous : mouvement perpétuel de recherche des excitants extérieurs, mouvement qui contraste avec un psychisme nul.

Si grande est la différence, qu'on pourrait presque demander pourquoi décrire l'aprosxie comme une forme de confusion mentale. Le rapprochement se justifie cependant, par l'identité des formules générales : causes déterminantes, évolution, durée, diminution de l'activité psychique.

Avec la mélancolie, le diagnostic est encore plus aisé. Le mélancolique porte sur son visage la trace des préoccupations qui le hantent. Tout entier, il est la proie de l'idée pénible dont il souffre. Muet, dépourvu d'aucune activité extérieure, il a, au contraire, une activité cérébrale très intense. Il est dès lors facile de ne pas confondre la mélancolie avec l'aprosxie, puisque précisément, dans cette dernière, tout met en évidence l'absence complète d'idéation.

Il y aura encore beaucoup moins occasion à pouvoir confondre l'aprosxie avec la débilité mentale. Le débile pourra bien, il est vrai, se présenter avec le masque de l'indifférence, et la pauvreté de son idéation le tient à la merci de toutes les perceptions qui viennent de l'extérieur, mais presque jamais le débile ne se présente avec du mutisme ; puis, s'il est à la merci des perceptions extérieures, il n'aura pas cette rapidité du mouvement, qui fait comparer l'attitude, dans l'aprosxie, à celle de l'oiseau, qui santille de vision en vision. La marche de l'affection, son début brusque, son évolution rapide vers la guérison, sont encore des éléments formels de diagnostic.

---

---

## APERÇU GÉNÉRAL

SUR

# LA PSYCHIATRIE D'UN SERVICE D'ARMÉE

Par le Dr **HENRI DAMAYE**

Médecin major de 2<sup>e</sup> classe,  
chargé du service de neuro-psychiatrie aux V<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> armées.

---

C'est dans la V<sup>e</sup> armée, au début de l'année 1915, que furent organisés les premiers services de psychiatrie aux armées. La création en fut ordonnée par M. le médecin inspecteur Panzat, à la demande de M. le médecin-major de 1<sup>re</sup> classe Abadie. Les premiers centres neuro-psychiatriques d'armée s'ouvrirent alors à Fismes et à Epernay. L'avenir jugera beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire ici, les nombreux services rendus par ces organisations. Nous nous bornerons à étudier très sommairement les fonctions du Centre de Fismes que nous avons dirigé pendant les deux années de son existence (1).

Installé à cette époque, à 13 kilomètres des lignes, ce centre permettait aux corps de troupes de se débarrasser facilement, par auto-sanitaire, de leurs malades mentaux ou nerveux. Après quelques jours de mise en observation, un premier triage s'effectuait, d'où retour au corps des sujets envoyés comme douteux qui ne présentaient pas de troubles mentaux ou névropathiques. Les malades restants représentaient alors deux catégo-

---

(1) Damaye, Réunions médico-chirurgic. de la V<sup>e</sup> armée, Braisne, 27 novembre 1915. Organisation d'un service neuro-psychiatrique d'armée. Comptes rendus *Presse médicale*, 17 janvier 1916.

ries : celle des affections curables en moins d'un mois et celle des affections nécessitant un traitement plus prolongé. Les malades de la première catégorie, après guérison, quittaient le service de psychiatrie pour rejoindre leur corps, avec permission de sept jours toutes les fois que nous n'avions pas à redouter de leur part l'alcoolisme ou la mauvaise conduite. La seconde catégorie, beaucoup plus nombreuse, faisait l'objet des évacuations sur l'intérieur. Pour ceux-ci, le centre psychiatrique d'armée commençait le traitement et les rendait transportables avant l'évacuation. L'évacuation se faisait par chemin de fer. Un compartiment à portières closes et grillagées nous avait été réservé dans la plupart des trains. Les malades étaient ainsi accompagnés, jusqu'à l'H. O. E. de la zone intérieure, par un ou plusieurs de nos infirmiers. Chaque sujet évacué était porteur d'une fiche détaillée mentionnant les principaux symptômes de son affection, la destination à lui donner (centre neurologique, psychiatrique, etc.), les moyens thérapeutiques déjà employés, les précautions à prendre en cours de route (idées de suicide ou d'évasion, agitation, sitiophobie), son régime alimentaire (1).

En résumé, notre service de psychiatrie de l'avant répondait aux buts suivants : 1° possibilité pour les corps de troupes de se débarrasser facilement de leurs malades ; 2° triage et traitement rapide, dans les meilleures conditions possibles ; 3° sécurité dans l'évacuation sur l'intérieur ; 4° réception, mise en observation et traitement des cas médico-légaux envoyés par les conseils de guerre des divisions et de l'armée.

Nous disposions de trente lits répartis en quatre salles dont une pour les entrants à observer, les agités.

---

(1) En 1916, les pochettes imaginées par le sous-secrétariat d'Etat ont été d'une grande utilité à ce point de vue.

et les malades nécessitant une surveillance particulière. La nuit, des infirmiers veillaient dans chaque salle.

Une femme de France d'un grand mérite et d'une haute influence morale, M<sup>lle</sup> Hartmann, nous seconda avec beaucoup de tact et de dévouement dans l'observation et le traitement : elle fut, croyons-nous, la première infirmière ainsi spécialisée aux armées.

En février 1916, avec juste raison, notre service fut scindé et la partie neurologique confiée à la haute compétence de M. le médecin-major Bandouin, médecin des hôpitaux.

\*  
\* \*

La plupart des troubles mentaux observés dans la zone de l'avant sont des *accidents mentaux*, c'est-à-dire des troubles passagers ayant tendance à la guérison une fois soustraits aux conditions de la guerre. Sans doute, la guerre aura, parmi ses tristes conséquences, une augmentation du nombre des chroniques et des incurables, mais la proportion de ceux-ci est relativement minime à côté du grand ensemble des cas plus ou moins rapidement guéris.

Le fait pathologique le plus notoire dans les accidents mentaux de la guerre est que les états mixtes, les formes mentales cliniques associées, sont de beaucoup les plus fréquents ; très nombreux sont les cas mal classés. Les associations sont la règle dans les états que nous avons observés. Ainsi, nous avons vu beaucoup d'états intermédiaires ou douteux entre la débilité mentale et la démence précoce, avec ou sans idées délirantes ; beaucoup d'intermédiaires entre l'hébéphrénie et le déséquilibre mental.

Très nombreuses sont les associations d'idées délirantes diverses et d'états névropathiques plus ou moins bien définis. Citons parmi les plus fréquentes : la débi-



lité mentale et un état névropathique ou un état dépressif; la mélancolie anxieuse ou dépressive et un état phobique; la dépression mélancolique, un état névropathique et quelques idées délirantes; la neurasthénie et le délire mélancolique ou les idées de persécution; la neurasthénie et des phobies; les phobies, l'anxiété et la mélancolie; l'épilepsie avec ses idées mélancoliques et de persécution. L'association de troubles psychiques et de troubles névropathiques est la règle.

Une association très fréquemment observée est la mélancolie anxieuse avec idées de persécution (et souvent idées de suicide); la mélancolie dépressive et les idées de persécution.

Nous avons pu observer beaucoup de crises convulsives, et ce qui nous a frappé là encore c'est le grand nombre de cas qui ne relèvent pas entièrement du mal comitial et pas entièrement de l'hystérie. L'hystéro-épilepsie, l'hystéro-neurasthénie nous ont paru des plus fréquentes.

Pour ces raisons, une nomenclature un peu précise n'est point chose facile. La statistique suivante, bien qu'un peu schématique, donnera quelque idée sur la fréquence des divers troubles mentaux. Nous n'y comprenons ni les commotionnés, ni les accidents immédiats dus à la commotion réservant ceux-ci, vu leur importance, pour des études spéciales.

Envisageons un ensemble de 638 malades entrés dans notre service de mai à décembre 1916.

Etats mélancoliques dépressifs, anxieux ou délirants avec idées de persécution . . . . .	71 cas.
Mélancolie avec dépression et anxiété . . . . .	3 —
Mélancolie à forme délirante . . . . .	5 —
Mélancolie avec idées d'indignité, d'auto-accusation . . . . .	2 —
Mélancolie avec idées obsédantes . . . . .	1 —
Mélancolie associée à un état neurasthéniforme . . . . .	39 —
Idees délirantes de persécution sans associations nettes . . . . .	27 —
Persécutés-persécuteurs . . . . .	2 —

Idées mégalomaniques sans associations nettes . . . . .	5 cas.
Délire mystique. . . . .	1 —
Association d'idées vagues de persécution, de grandeur et de mysticisme . . . . .	12 —
Accès aigus et de courte durée d'agitation délirante hallucinatoire. . . . .	51 —
Mêmes accès avec confusion mentale. . . . .	13 —
Paratyphoïdes avec confusion mentale (envoyées par erreur). . . . .	4 —
Etats infectieux fébriles (gastro-entérites dysentériques, ictères) avec confusion mentale ou délire . . . . .	5 —
Psychoses toxi-infectieuses dues à une bacillose pulmonaire . . . . .	2 —
Psychose toxi-infectieuse due à une otite suppurée double. . . . .	1 —
Manie pure et excitation maniaque. . . . .	9 —
Syndromes physiques paralysie générale . . . . .	24 —
Confusion mentale chronique . . . . .	3 —
Hébéphrénie . . . . .	22 —
Psychoses insidieuses caractérisées par des troubles de la conscience, du jugement, de l'attention. . . . .	30 —
Etats paranoïaques. . . . .	3 —
Dé-équilibre mental simple ou avec hypomanie plus ou moins caractérisée. . . . .	26 —
Déséquilibre mental avec vagues idées délirantes diverses. . . . .	14 —
Débilité mentale simple . . . . .	37 —
Débilité mentale avec vagues idées délirantes diverses. . . . .	30 —
Phobies diverses sans associations nettes . . . . .	7 —
Idee obsédante . . . . .	1 —
Impulsions, fugues, excitation (équivalents comitiaux). . . . .	14 —
Epilepsie convulsive ou crises épileptiformes apparues pendant la guerre . . . . .	15 —
Epilepsie convulsive ou crises épileptiformes préexistant à la guerre, plus ou moins aggravée par la campagne. . . . .	45 —
Hystéro-épilepsie . . . . .	8 —
Crises hystériques. . . . .	9 —
Crises d'asthme . . . . .	1 —
Neurasthénie . . . . .	19 —
Etats neurasthéniformes . . . . .	37 —
Etats névropathiques mal classés . . . . .	16 —
Chorée avec confusion mentale . . . . .	2 —
Tremblement hystérique . . . . .	1 —
Névralgies diverses . . . . .	3 —
Epilepsie jacksonienne. . . . .	2 —
Morphinomanie . . . . .	1 —
Hémiplégies organiques . . . . .	4 —
Démence. . . . .	1 —
Ictus, aphasie motrice . . . . .	1 —
Atrophie progressive du membre supérieur droit. . . . .	1 —
Absence de troubles mentaux et névropathiques. . . . .	7 —

Tous les troubles mentaux de cette nomenclature

s'accompagnaient de phénomènes névropathiques plus ou moins intenses.

Dans cette statistique, répétons-le, nous n'avons compris que les malades du service neuro-psychiatrique laissant pour d'autres études les commotionnés.

Voici maintenant d'autres chiffres fournis par un exemple de 676 malades du même service :

Idées de suicide . . . . .	24 cas.
Bacillose pulmonaire au début . . . . .	18 —
Bronchectasie . . . . .	2 —
Paludisme . . . . .	19 —
Ictères . . . . .	5 —
Etat rhumatismal . . . . .	2 —
Albuminurie légère et cardiopathies bien compensées . . . . .	399 —

Ce qui frappe ici, c'est le nombre considérable de malades qui, au moment de leur arrivée dans le service, présentaient de l'albuminurie, à l'état de traces chez la plupart, souvent avec mauvais état du cœur et de l'appareil circulatoire. Ces albuminuries légères paraissent devoir remonter, pour la plupart, à des maladies infectieuses de l'enfance ou de l'âge adulte. La fatigue et les conditions d'alimentation en campagne les ont aggravées ou fait réparaître. Un certain nombre de ces albuminuries disparaissaient après une huitaine de jours de repos et de régime lacté; d'autres persistaient sans atténuation appréciable.

\*  
\* \*

Un chapitre intéressant est celui du traitement et des conditions étiologiques de ces troubles mentaux de la guerre.

L'étiologie est complexe : prédisposition, émotions, intoxications, surmenage. Dans l'intoxication, nous ferons rentrer non seulement l'appoint éthylique si commun, mais encore l'état toxique résultant de l'ali-

mentation défectueuse, des troubles digestifs, des désordres intestinaux. Nous insisterons sur ce fait que la fatigue favorise l'action noyive de la boisson. Un grand nombre de nos crises convulsives de toute nature survenaient ou apparaissaient plus fréquentes après une journée de fatigue ou plusieurs nuits sans sommeil, quelquefois sans excès éthyliques : le surmenage joue le rôle étiologique d'une intoxication. Beaucoup de convulsifs épileptiformes une fois au repos ne présentaient plus de paroxysmes. La syphilis intervient comme cause prédisposante dans les troubles mentaux notamment dans les syndromes paralysie générale. Nous avons noté plusieurs fois l'influence d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde antérieure et l'association habituelle du paludisme et de l'alcoolisme chez les sujets ayant séjourné aux colonies. L'influence occasionnelle de la commotion est un facteur de la plus haute importance en psychiatrie de guerre : tous les troubles mentaux ou névropathiques, même les syndromes paralysie générale, peuvent être déclanchés par un accident commotionnel.

Les processus anatomo-pathologiques, dans les troubles mentaux et nerveux de la guerre, sont identiques à ceux que nous connaissons déjà. L'examen du liquide céphalo-rachidien est souvent négatif; parfois il révèle des lésions méningo-encéphalitiqnes plus ou moins discrètes dont le maximum est atteint, comme l'on sait, dans les syndromes paralysie générale.

La question thérapeutique doit être envisagée avec le plus grand soin dans un service psychiatrique d'armée, puisque l'un des buts à atteindre est, comme pour les autres spécialités, de faire profiter au plus tôt les malades du traitement et de les mettre rapidement dans les meilleures conditions possibles pour obtenir la guérison. Voici comment nous avons procédé, avec d'excellents résultats, pendant deux ans.

Tout malade entrant était aussitôt, avant l'alitement, mis une demi-heure dans un bain à 37°; s'il était calme, une heure dans un bain à 40° dans les cas d'excitation. On donnait ensuite une purgation au calomel (75 centigrammes). Les bains étaient continués chaque jour (une demi-heure ou une heure à 37 ou 40° suivant les cas) (1). Systématiquement, chaque malade était mis au régime lacté absolu pendant deux ou trois jours. Si l'analyse des urines restait négative, on donnait alors le petit régime lacto-végétarien, puis le grand régime lacto-végétarien. Nous avons reconnu ces régimes comme les plus propres à remédier aux débilements habituels du tube digestif produits par l'abus des conserves, de la viande, l'alimentation défectueuse et l'éthylisme. Jamais de vin : du lait ou de la glyzine comme boisson, du thé et du café.

Tous les malades prenaient, pendant huit ou dix jours, la potion suivante, en cinq ou six fois dans la journée :

Teinture d'iode . . . . .	40 gouttes
Julep gommeux . . . . .	100 grammes

Ce médicament, peu coûteux et toujours en pharmacie, avait pour but la désintoxication du tube digestif, la leucocytose et un effet de stimulation générale.

Nous faisons simultanément grand usage des injections de cacodylate de soude si indiquées dans les nombreux états neurasthéniques et mélancoliques. Enfin, on

---

(1) Les cas où l'hydrothérapie froide était indiquée nous ont paru assez rares. La balnéation chaude nous a paru utile la plupart du temps et l'hydrothérapie froide ne nous a pas donné de bons résultats dans les circonstances et l'état où se trouvaient nos malades. Ceux-ci, en effet, habitués aux bains de rivière et aux douches froides, quittaient la vie rude et les intempéries. Nous nous sommes attaché à leur procurer ce qui pouvait exercer sur eux une influence sédative et contribuer à dissiper l'énervement, la fatigue, l'anxiété et la crainte.

commençait le traitement approprié des bacillaires et des paralytiques généraux.

Comme médication spéciale de l'anxiété, les injections de morphine. Contre l'agitation, outre les bains, nous donnions le soir si besoin en était, 4 grammes chloral dans 120 grammes julep et une injection (1/2 milligramme ou moins, avec prudence) de bromhydrate d'hyoscine.

L'électrargol nous a rendu de grands services dans le traitement des psychoses toxi-infectieuses.

\*  
\* \* \*

Nous avons énuméré les différents buts et les diverses fonctions du service psychiatrique d'armée. Parmi ces fonctions, la liaison facile avec les corps de troupes et l'accompagnement des évacués par des infirmiers spécialisés nécessitent une situation relativement proche des lignes. Au contraire, le traitement des cas légers, les observations médico-légales impliquent pour le service une position à l'abri des bombardements et le plus loin possible de la canonnade. A notre avis, après une expérience de plus de deux ans, nous serions partisan de deux échelons dans le service psychiatrique d'une armée : 1° un service *neuro-psychiatrique*, susceptible de se mouvoir assez facilement et de se replier ou d'avancer selon les besoins, recevrait les malades des régiments, leur donnerait les premiers soins et les évacuerait accompagnés sur : 2° un *centre psychiatrique* et un *centre neurologique* situés dans la zone d'étapes et dans des cantonnements tranquilles. Là se feraient la thérapeutique et les expertises ; là se prépareraient les évacuations sur l'intérieur qui s'effectueraient toujours sous la conduite d'infirmiers spécialisés.

---

---

---

# TRAUMATISME

ET

## DÉLIRE HALLUCINATOIRE ALCOOLIQUE

Par les Drs R. BENON et P. DENÈS

Hospice Général de Nantes.

---

Les relations entre le délire hallucinatoire alcoolique (hallucinoase aiguë anxieuse délirante) et les traumatismes physiques soulèvent un certain nombre de questions qui *sont* utiles à préciser (1).

1° Quel rôle jouent les traumatismes physiques non compliqués de fièvre dans l'apparition du délire hallucinatoire alcoolique? En fait, si l'alcool doit être considéré comme la cause déterminante de l'état hallucinatoire délirant subaigu, le traumatisme, qu'il soit crânien ou « périphérique », en est la *cause occasionnelle*. L'intoxication alcoolique *ne semble pas suffire* pour que les hallucinations *se développent*, sauf peut-être chez quelques sujets particulièrement prédisposés; il est d'observation courante, en dehors de l'asile surtout, de trouver des sujets profondément alcoolisés, qui jamais n'ont présenté de troubles psycho-sensoriels. Le plus souvent, sinon toujours, à cette cause déterminante du délire qu'est l'alcool, vient s'ajouter une cause occasionnelle, par exemple un traumatisme physique. De

---

(1) Benon (R.), *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, Paris, 1913, p. 425. Steinheil, édit.

sorte que l'observateur est autorisé à dire que, sans le traumatisme, le délire toxique ne se serait pas manifesté.

2° Au sujet de l'apparition du délire alcoolique post-traumatique, une objection se pose. Ce n'est pas celle de l'état antérieur, hépatique ou autre, dont nous voulons parler ; elle est écartée de ce fait que le délire n'existait pas avant le trauma et que sans le trauma il n'y aurait pas eu de délire. L'objection qui nous intéresse est liée aux circonstances du développement de l'état hallucinatoire. Le sujet blessé est alité, on le soigne et le délire survient après quelques heures ou quelques jours au plus, de sorte qu'il constitue une variété de ce qu'on appelle le *delirium a potu suspenso*. Mais que vaut cette notion étiologique *a potu suspenso* ? Nous estimons qu'elle n'est pas à mettre sur le même plan que la notion *a potu nimio*, à laquelle elle ne s'oppose guère que verbalement. En effet, d'une part, on constate communément à l'asile que la suppression brusque de l'alcool fait disparaître de suite les hallucinations ; d'autre part chacun sait que tous les délires d'origine éthylique ne rétrocedent pas par le traitement à l'alcool et que cette thérapeutique, si elle n'a pas vécu, n'a que des indications exceptionnelles. Ainsi la notion causale *a potu suspenso* est insuffisante et le trauma est l'occasion particulière du délire alcoolique.

3° Dans la pratique médico-légale, il est rare que le délire alcoolique soulève des difficultés, pour cette raison capitale que sa durée est brève ; il n'en soulève pas même lorsqu'il y a placement à l'asile, car il est presque constant que la blessure propre est à peine consolidée quand le malade est sur le point de sortir de l'établissement d'aliénés.

Voici trois observations de délire alcoolique où la relation de cause à effet est discutée.



**Premier cas.** — Dans le cas présent on relève un traumatisme général (trauma crânien léger et trauma thoracique), suivi de douleurs vives et enfin d'hallucinations, de délire et d'agitation anxieuse. Il n'y avait pas ici d'affaire médico-légale; du reste, il n'en serait résulté aucune complication.

**OBS. I (résumé).** — *Homme, trente-sept ans, 1913. Alcoolisme chronique. Traumatisme le 7 mai : chute dans un escalier. Pas de perte de connaissance, ou de très courte durée. Pas d'amnésie. Plaie légère sincipitale. Contusion thoracique à gauche. Nuit calme. Dans la nuit du 9 au 10, apparition des hallucinations, du délire et de l'agitation (agitation anxieuse) : zoopsies, délire professionnel. Dans la nuit du 11 au 12, tentative d'homicide sur sa femme en relation avec les troubles perceptifs et émotionnels. Placement à l'asile le 13. Disparition rapide des phénomènes psycho-sensoriels. Tendance à la fabulation. Hallucinations de la vue, pas d'hallucinations des autres sens, sauf quelques hallucinations différenciées de l'ouïe. Hérité similaire. Sortie le 12 juillet.*

Pierre Joseph, trente-sept ans, journalier-manœuvre, entre à l'asile le 13 mai 1913. Renseignements de la femme.

**TRAUMATISME ET SUITES.** — Le mercredi soir 7 mai 1913, vers 23 heures, en revenant des cabinets, il dégringole dans l'escalier de sa maison qui a une douzaine de marches. Il ne perd pas connaissance, ou très peu de temps, remonte seul chez lui et raconte à sa femme, qui n'avait rien entendu, la chute qu'il venait de faire. Il avait une plaie légère au sommet de la tête, il ne perdit qu'une petite quantité de sang, et il se plaignait d'une douleur dans le côté gauche du thorax. Une fois couché, il dormit parfaitement. Ce soir-là, dit la femme, il avait bu (alcoolisme chronique).

**8 mai.** Le matin, il veut se lever pour aller au travail, mais il en est incapable, il souffre de courbature générale et il accuse une douleur vive dans le côté gauche (diagnostic : contusion thoracique plutôt que fracture de côte). Vers 9 heures du matin — il souffrait beaucoup du côté — il présente une « crise » de nerfs. Il ne poussa pas de cri au début. Il se trouvait dans le décubitus horizontal. Il n'aurait pas perdu connaissance complètement. Il agitait le bras droit seul et était oppressé. Ses yeux,

convulsés en haut, étaient entr'ouverts, laissant voir une faible portion de sclérotique. Pas de mouvements cloniques nets, ni à la face, ni aux membres. Pas de morsure de la langue. Pas de troubles des réservoirs. Un peu d'écume très légèrement rosée à la bouche. Cette crise dura environ dix minutes. Elle ne fut pas suivie de pleurs. Il revint vite à lui, mais il était abattu, inerte (réactions nerveuses en rapport probablement avec la douleur).

Dans la journée, il continue à se plaindre à peu près sans cesse, surtout du côté gauche : on y applique huit sangsues. A 21 heures, nouvelle « crise », mais il se tourne vers la venelle du lit et sa femme n'a pas pu bien l'observer. Pas de mouvements toniques ni cloniques, pas de morsure de la langue, etc. Cette seconde crise a duré environ cinq minutes. Le malade n'a presque pas dormi de la nuit.

9 mai. Dans la journée, il se montre calme, souffre moins, mange et boit un peu. Vers le milieu de la nuit, il se réveille en sursaut, en proie à un cauchemar. Au lieu de se remettre rapidement, il est pris de délire, parle de son travail, se lève, voit des hommes, commande : « Emportez les sacs... Attention ! on va t'écraser. » Par moments, dit la femme, il ramassait des pièces de dix sous par terre. Il ne s'endort que très tard le matin.

10 mai. Journée assez calme, mais nuit plus agitée encore que la précédente ; il voit des bêtes, des chats, des lions, il a peur. Il prend la tête de son enfant pour une tête de chien et s'avance pour frapper.

11 mai. Halluciné le jour comme la nuit. Les troubles augmentaient toujours. Il apercevait des léopards sous son lit. Il voyait des bêtes sur ses mains et s'essuyait à chaque instant. Il voyait des individus s'avancer avec des sacs de charbon et pénétrer chez lui malgré sa défense. Il voyait la table de nuit danser. Il ne reconnaissait pas sa femme, ou disait voir trois femmes au lieu d'une. Il avait pourtant, fait remarquer la femme, des moments de bon.

Vers 1 heure du matin, en proie à une agitation anxieuse intense, il réussit à s'échapper de chez lui pour chasser des malfaiters qu'il apercevait. Il s'engage dans un couloir. Sa femme le suit. Il se retourne, la rencontre et la saisit à la gorge, croyant avoir en mains un de ses ennemis. Elle réussit à se dégager, il la reconnaît et dit : « Faut-il que je sois bête, je rêvais. »

12 mai. Assez calme ; le matin, il veut se rendre chez son

patron pour lui demander du travail ; son frère le suit. Rentré chez lui, il recommence à délirer. La nuit, veillé par plusieurs personnes, il parle surtout de son travail.

13 mai. Il est conduit à l'asile. Il n'est pas halluciné. Il prétend avoir travaillé trente-six heures de rang dimanche dernier (le 11) ; il dit aussi avoir travaillé samedi à la prison (tendance manifeste à la *fabulation*).

ÉTAT ACTUEL (14 mai 1913). — La nuit a été calme. A la visite, il présente un certain degré d'excitation intellectuelle.

« Je souffrais dans le côté gauche. Je suis tombé. Je m'étonne qu'on m'amène ici... J'ai fait une chute mercredi, le 7 mai... Et puis j'ai été victime d'un accident au chantier : mon pied gauche a tourné, ça a augmenté la douleur du côté (fabulation ou souvenir onirique : la famille dit, en effet, que le 12, au soir, il a accusé, dans son délire, une douleur intense au niveau du pied gauche).

« La nuit, je suis sujet à des soubresauts ; j'ai des cauchemars, je vois toutes sortes de bêtes, surtout des bêtes féroces, des tigres, des panthères, des serpents. Et puis je rêve beaucoup à mon métier, il y a des accidents, on se fait du mal, on n'arrive pas à exécuter l'ouvrage.

« Oui, j'ai tenté d'étrangler ma femme (tentative d'homicide). Je croyais que des malfaiteurs pénétraient dans la maison. Je croyais les voir, les entendre ; je me suis levé, je suis sorti dans le couloir, ma femme s'est trouvée devant moi, je ne savais pas qui c'était, je lui ai sauté à la gorge ». (Au début de l'interrogatoire, il affirmait que personne ne lui voulait du mal et qu'il n'avait rien à se reprocher : il ne dissimulait pas, semble-t-il, mais le détail, la précision et l'importance des faits récents lui échappaient.)

Il est capable de donner tous renseignements sur ses antécédents héréditaires ou personnels.

Buyeur de vin, de cidre et plus rarement d'absinthe. Tremblements des mains, pituites, crampes, etc.

Petite cicatrice sincipitale. Examen négatif du thorax. Assez bon état somatique.

ANTÉCÉDENTS. — Père alcoolique chronique. Mère morte à la suite de l'influenza : huit enfants. L'ainé est le malade ; le second, une fille, est morte à six mois : elle « venait en langueur » ; le troisième, un garçon, est mort à sept mois ; les cinq autres sont morts dans le premier mois ou la première année de leur naissance. Personnellement, pas du tout malade.

Intelligent, a eu son certificat d'études, bon ouvrier. Caractère doux; a été très malheureux chez ses parents. Quatre ans de service militaire. Marié à vingt-huit ans : deux enfants de sept et cinq ans, bien portants. Sérieux, depuis huit ans dans la même maison, mais buveur (*alcoolisme chronique*).

ÉVOLUTION. — A l'asile, les cauchemars, les rêves professionnels ont disparu très vite, en huit ou dix jours.

9 juillet 1913 (*status retrospectivus*). « Je vois mieux aujourd'hui qu'à mon arrivée, comment je suis tombé dans l'escalier. C'était vers minuit. J'ai peut-être perdu connaissance une minute, puis j'ai allumé une allumette et je suis remonté chez moi. Pour les crises que j'ai eues (le 8 mai), je ne saurais préciser. Je me rappelle que je me suis précipité sur ma femme. J'ai cru que c'était quelqu'un qui voulait me faire du mal, j'ai eu peur. Heureusement, j'ai reconnu sa voix, quand elle a crié. C'est vrai que j'avais dans mon idée d'avoir travaillé trente-six heures, de m'être tourné le pied, d'avoir fait de l'ouvrage à la prison; je sais qu'il y a quelque temps j'avais aidé à déménager un camarade qui habitait du côté de la prison. »

Le malade n'a guère eu que des hallucinations de la vue. Il dit pourtant : « *Je voyais les malfaiteurs, j'entendais leur bruit, mais ils ne parlaient pas*, je ne percevais pas de menaces, pas de voix et ils ne me touchaient pas. »

12 juillet. Sortie.

Chez cet individu, le traumatisme crânien et thoracique a agi, à notre avis, comme cause occasionnelle du délire alcoolique.

Deuxième cas. — Cette deuxième observation concerne un alcoolique chronique qui a fait du délire hallucinatoire à l'occasion d'un traumatisme du genou.

OBS. II (résumé). — *Homme trente-trois ans (1912). Alcoolisme chronique. Traumatisme du genou (hydarthrose). Hallucinations deux jours après. Fuite éperdue. Arrestation. Placement à l'asile. État hallucinatoire de courte durée.*

Armand, trente-trois ans, charpentier de navire, entre à l'asile le 28 juin 1912.

Renseignements. — Le rapport de police du 28 juin signale que cet individu s'est enfui ce matin de chez lui pour échapper

à des ennemis imaginaires qui perçaient le plancher. Il a grimpé sur un arbre et y est resté pendant trois heures. Il voit des gens avec des revolvers et prétend que, s'il rentre dans sa chambre, il va être tué.

ÉTAT ACTUEL (29 juin 1912). — Il a passé une nuit assez calme. Voici comment il raconte les faits :

« Mon frère Gustave a été tué dimanche dernier (23 juin). Il a reçu douze coups de couteau. Ces gens-là qui l'ont tué forment une société. Ils sont d'une rare habileté : ce sont de véritables acrobates. Le jour, ils se retirent dans un hangar, rue des O... ; le soir, ils se mettent à l'ouvrage et travaillent séparément. »

« Moi, je ne savais pas que mon frère était mort ; j'ai appris le crime par des gens qui étaient à la bagarre. Je l'ai vu embarquer dans la charrette où l'on emmène les morts, mais je ne savais pas que c'était lui. J'ai entendu dire qu'il était en deux morceaux et qu'il avait une oreille coupée. »

« Je me suis sauvé de chez moi, parce qu'il y avait des gens qui perçaient le plancher ; ils ont des outils tellement merveilleux qu'ils peuvent tout couper. C'était la nuit. Ils étaient dans le grenier. Ils voulaient me tuer et me voler. Je suis monté dans un arbre. Ils couraient après tout le monde. Ils ont tiré deux coups de revolver sur moi. »

Tout à coup, on le voit chercher dans sa poche droite, puis il avance la main gauche et l'explore de la droite en disant : « Je croyais avoir une pièce de dix sous collée dans le creux de la main. »

On lui affirme que son frère est vivant : il pleure.

Alcoolisme chronique. Tremblements généralisés. Inégalité pupillaire. Nie les pituites et les crampes. Asymétrie crânienne, nez aplati, voûte ogivale. Buveur de cidre et d'eau-de-vie.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Depuis le 21 juin, il avait cessé de travailler à cause d'une hydarthrose traumatique du genou. Deux jours après le trauma, les hallucinations et le délire apparaissent.

ANTÉCÉDENTS. — Père mort à l'asile en 1884, à trente-huit ans : paralysie générale. Mère morte d'un cancer de la « gorge » à soixante-sept ans. Un frère, Gustave, alcoolique, avec lequel il n'est pas en bonnes relations. Deux sœurs mortes en venant au monde, trois mortes jeunes, la plus âgée à trois ans. Personnellement, pas de maladie grave. Intelligence moyenne. Charpentier de navire, bon ouvrier. Un an de service

militaire (fils de veuve). Célibataire. A toujours fait des excès de boissons.

**ÉVOLUTION.** — La maladie a évolué très rapidement vers la guérison. A l'asile, les hallucinations n'ont persisté que quatre jours environ.

11 juillet. « C'a été comme un rêve. J'ai rêvé qu'on avait tué mon frère : je l'avais entendu dire. »

31 août 1912. Sortie. Guérison.

La encore il est difficile de ne pas faire jouer un rôle au traumatisme périphérique, si indirect qu'il soit.

**Troisième cas.** — Dans ce dernier fait, en revanche, on ne saurait conclure à la relation de cause à effet, étant donné qu'on se trouve en présence d'un sujet qui se mit à boire en excès après son traumatisme (*delirium a potu nimio*).

**OBS. III (résumé).** — *Homme quarante-six ans (1912). Alcoolisme chronique. Accident du travail le 5 février 1912 : corps étrangers de l'œil droit. Repos d'un mois et demi. Excès de boissons durant cette période. Hallucinations, agitation anxieuse. Placement à l'asile, le 20 mars. Guérison rapide. Sortie le 22 mai. Séquelles de la fièvre typhoïde.*

Louis-Clément, quarante-six ans, casseur de pierres, entre à l'asile, le 20 mars 1912.

**ANTÉCÉDENTS.** — Un frère mort à l'asile d'aliénés de Lesvellec. Personnellement, débilité intellectuelle. Marié à vingt-sept ans; quatre enfants bien portants. Fièvre typhoïde à trente-sept ans. D'origine bretonne, il travaillait à Bl... pour quelques mois seulement; sa femme et ses enfants étaient restés au pays (Finistère). Il logeait à l'hôtel avec d'autres ouvriers. C'est un alcoolique chronique.

**HISTOIRE DE LA MALADIE.** — Le 5 février 1912, il est victime d'un accident du travail. Le médecin porte le diagnostic de corps étrangers de l'œil droit et lui impose d'abord quinze jours de repos, puis, une seconde fois, un mois et demi. Il aurait voulu reprendre de suite son travail, il ne souffrait pas beaucoup, il s'ennuyait et ne gagnait pas d'argent pour sa famille. Tout le jour, il était dans les cafés, dans les auberges, et les camarades compatissants lui payaient à boire. Finalement

ment, le 18 mars, il présente des *hallucinations* et de *l'agitation anxieuse*. Il voyait, il entendait, surtout la nuit, des individus qui cherchaient à le tuer. Il y avait des soldats aussi, plus de mille, qui s'avançaient pour l'attaquer. Il confondait par moments ses camarades les uns avec les autres. Il avait peur, se cachait. On voulut lui faire prendre des médicaments; il dit que c'était pour l'empoisonner. Le jour, il était encore assez calme, mais il se lamentait. « Pourquoi veut-on me faire du mal? Je n'ai rien fait à personne. » Pris de peur, un matin (le 19), il saute du haut d'un mur pour échapper à ses ennemis. Le 20, il était à l'asile.

ÉTAT ACTUEL (21 mars 1912). — « Ils voulaient me faire du mal. J'avais peur, peur de tout. Il y en a un qui a failli m'étrangler. Ils voulaient me donner du poison, de la mort-aux-rats. Cette nuit encore, je les voyais et je les entendais me menacer. Je ne voudrais pas mourir tout de même. Moi, je veux sauver ma vie. Je suis capable de gagner le pain de ma famille. »

Stigmates de l'alcoolisme chronique (boit du cidre et de l'eau-de-vie). Tremblements. Cauchemars. Zoopsies (vipères, chiens, loups). Il est guéri de son œil (accident du travail le 5 février).

5 avril. Les hallucinations ont disparu depuis environ dix jours. Travaille dans le service.

*Séquelles de la fièvre typhoïde*. — « Depuis que j'ai eu cette maladie, je ne suis pas aussi vigoureux, aussi fort. Mon esprit n'est pas comme il était avant; j'ai moins de mémoire. Je ne suis pas aussi bon travailleur; j'ai moins de conduite; aussitôt que je bois un peu, je suis saoul. » Asthénie et sensibilité à l'alcool plus grande.

22 mai 1912. Sortie. Rentre dans son pays d'origine.

En résumé, pratiquement, médico-légalement, on ne saurait dénier aux traumatismes physiques une action dans l'apparition du délire alcoolique. Évidemment, chaque cas mérite une étude spéciale, l'observation III le démontre; mais, lorsque les faits s'enchaînent et que les circonstances sont bien précises, la relation de cause à effet (cause occasionnelle, c'est entendu) ne saurait être écartée et cela quel que soit l'état somatique d'intoxication antérieure

---

---

# Médecine légale

---

## “ DON QUICHOTTISME ”

Par les D<sup>rs</sup> A. POROT et René-A. GUTHMANN

Centre neuro-psychiatrique d'Alger.

---

A côté des divers malades psychiquement touchés par la guerre d'une façon plus ou moins accidentelle, il est intéressant d'observer ceux qui traversent sans la comprendre la tourmente actuelle, témoignant de leur mauvaise conformation mentale par leur inadaptation au milieu et leur peu de sens des contingences.

Nous avons été appelés à étudier les réactions d'une déséquilibrée, fort intelligente, mais dénuée de tout sens des réalités, idéaliste et généreuse, mais d'une crédulité inconcevable l'amenant jusqu'à la plus hontense impudeur, capable de toutes les abdications comme de toutes les revendications, sombrant finalement dans une aventure qui faillit attirer sur sa tête des conséquences tragiques et ne la couvrit que de ridicule.

C'est, du point vue psychiatrique, un beau cas de ce que l'on pourrait appeler le « *don quichottisme*, » c'est-à-dire une passion ardente et désintéressée, volontiers réformatrice et revendicatrice, toujours à la recherche de la cause juste et généreuse à défendre, trouvant à son service un monoïdéisme, une ténacité de caractère, une absence de sens critique, qui favorisent l'illusion et l'aveuglement sentimental. Toutes ces manifestations



masquent mal l'hypertrophie foncière du moi et rapprochent de tels sujets des paranoïaques.

Le rapport d'expertise que l'un de nous eut à déposer devant le Conseil de Guerre d'Alger résume, avec l'histoire individuelle et sociale de cette déséquilibrée, ses principaux traits psychologiques.

Nous le donnons en guise d'observation (1) :

## FAITS

M<sup>me</sup> J... N..., veuve L..., se serait rendue coupable « au cours de l'année 1914 et de nouveau le 21 novembre 1916, à M... (2), d'avoir tenu des propos de nature à exercer une influence fâcheuse sur l'esprit des populations ».

Une première fois en 1914, elle aurait dit à un agent indigène : « Comment acceptez-vous, vous autres indigènes, de marcher avec les Français contre les Marocains, qui sont vos frères, et contre les Allemands avec lesquels vous n'êtes pas en guerre ? Les Français vous traitent de « sales bicots ».

Appelée au commissariat de police, elle aurait été réprimandée, se serait plainte au procureur de la façon dont on l'avait traitée, puis aurait quitté momentanément l'Algérie.

Revenue depuis quelques jours en Algérie, elle retourne à M..., y passe plusieurs jours dans la société presque exclusive des indigènes, attire à nouveau l'attention de la police ; à des agents indigènes chargés de la surveiller, elle tient des propos subversifs : « Les Français sont en guerre avec les Allemands ; pourquoi ne les laissez-vous pas se battre entre eux ? » ou bien, montrant le drapeau de la mairie : « Le drapeau français est déchiré, tandis que le drapeau turc de Constantinople se couvre de gloire. »

---

(1) Pour ne pas changer les termes du rapport médico-légal, nous mettrons en note les phrases de la malade qui l'illustrent ou le complètent.

(2) Petite ville de l'Afrique du Nord.

Pour bien comprendre de tels propos dans la bouche de cette femme et en reconnaître la portée exacte, il est nécessaire, outre l'étude de son état mental actuel, de remonter le cours de sa vie et d'en relater certaines influences lointaines ou certains épisodes plus récents.

En dehors de ses propres déclarations, nous avons eu pour contrôler les faits les nombreux documents, lettres, cahiers, etc., annexés au dossier.

## EXAMEN

### I. — LES ANTÉCÉDENTS ET LA VIE DE J... N...

On peut diviser la vie de la prévenue en deux périodes, avant et après 1912. Cette date, en effet, a une importance capitale dans l'histoire de sa vie, car elle marque sa prise de contact avec le monde arabe.

1° *Avant 1912.* — M<sup>me</sup> J... N..., *actuellement âgée de soixante-six ans*, est née à Genève, d'une famille protestante dont la rigidité, prétend-elle, pesa lourdement sur son enfance (1).

A vingt ans, elle fait un premier mariage, est veuve à trente-cinq ans avec trois enfants, ruinée pour avoir voulu liquider les dettes de son mari, à ce qu'elle raconte. Elle émigre en Angleterre où elle donne des leçons de français pour élever les siens, revient en France et se marie en secondes noces à M. L..., qui meurt en 1904, après dix ans de mariage.

Elle vit alors pendant plusieurs années du produit des leçons qu'elle donne à nouveau et du revenu d'un bureau de tabac qui lui est alloué par le Gouvernement français.

Entre autres choses, ce qui marque cette première partie de sa vie au point de vue social, c'est la rupture successive de tous les liens naturels de famille : elle se brouille avec ses parents dont elle répudie le rigorisme, qui lui tournent le dos à l'occasion de son premier mariage. Ses frères, pasteurs, se montrent en certaines

---

(1) « J'ai toujours été tenue à l'écart par les miens, j'étais Cendrillon, « Mademoiselle de Trop ».

circonstances d'une dureté qui la choque. Elle leur abandonne l'héritage de sa mère (1). Son fils, dont elle paye les études du fruit de ses leçons, l'abandonne une fois pasteur, à l'âge de vingt-cinq ans ; sa fille aînée disparaît ; l'autre, tuberculeuse et longtemps soignée dans un sanatorium, se marie contre son gré ; elle retrouve son cadavre un jour à la morgue de l'hôpital de Genève.

Vie tourmentée et dépouillée successivement de ses attaches normales, tel pourrait être le résumé de cette première partie (2).

2° Depuis 1912. — Seule au monde, jouissant de petites rentes, la veuve L... se passionne, en vertu d'un tempérament que nous étudierons plus loin, pour certaines croisades modernes auxquelles elle apporte ce besoin d'activité sociale qui est un de ses traits fondamentaux. Elle est membre très agissante de la Société protectrice des animaux. Au cours d'un séjour à Marseille, elle rencontre un des représentants de cette ligue qui se trouve être un agent supérieur d'une grande compagnie maritime et qui lui offre un passage à prix réduit pour Alger.

Elle y débarque un beau jour et cette Suissesse dont la vie tourmentée s'est déroulée jusqu'alors sous les ciels pâles ou brumeux de France ou d'Angleterre, tombe en extase devant la beauté et la sérénité du ciel africain ; elle se promène émerveillée dans Alger, et ne tarde pas à être suivie par un spahi qu'elle éconduit poliment, dit-elle ; le spahi s'incline, « avec cette grâce, ce chic qu'ils ont tous » et s'en va... Le lendemain, le guide qui la promenait quotidiennement la conduit, sous prétexte de fête arabe, au Jardin d'Essai et la fait pénétrer dans une chambre d'hôtel où elle se trouve face à face avec le spahi qui commence à se déshabiller... Elle garde tout son sang-froid : « C'est avec un uniforme français que vous allez commettre cette infamie ? » lui dit-elle. Abd... le beau spahi, touché ou inquiet, se rhabille. M<sup>me</sup> veuve L... s'enfuit, frappée de son honnêteté

---

(1) « Pour les humilier par ma grandeur morale, je leur ai abandonné l'héritage de ma mère. Mais ils ont empêché l'héritage et ma vengeance a été bien manquée. »

(2) « Je monopolise toutes les douleurs. »

et de sa noblesse. Elle le revoit le lendemain et, accablée sous ses protestations d'amour, elle devient sa maîtresse dans un hôtel de la rue de la Lyre où ils passent la soirée...

Honteuse de son « ignominie », elle fuit le lendemain pour Paris, non sans revoir Abd... qui demande le mariage. Elle répond « oui ».

Le scrupule moral (1) et peut-être aussi le tourment de la chair la torturent à Paris. Elle s'ouvre de sa détresse à des amis, à des pasteurs, qui jettent sur elle l'anathème (2). On lui offre des diversions. Elle finit par aller au Maroc pour le compte de la Société protectrice des animaux ; elle y fait interdire les courses de taureaux et se met à dos 25.000 Espagnols, dit-elle. Reçue et bien traitée à la Légation, on lui confie l'instruction de jeunes musulmans. Elle reste une année pendant laquelle Abd... n'oublie pas sa bonne fortune et l'accable de lettres enflammées.

Elle s'embarque pour la France ; de Marseille, elle lui télégraphie lui demandant s'il peut venir en permission à Paris ; il répond en demandant l'argent du voyage ; elle l'envoie, il l'empêche et ne vient pas. C'est elle qui revient à Alger et retombe tous les jours dans ses bras ; rapidement écoeürée (3), elle reprend le bateau, mais à Tarascon, la passion est trop forte, elle redescend à Marseille et se rembarque. Le burlesque entre en scène ; une comédie de mariage est organisée par Abd... avec des témoins qu'elle doit régaler de couscous (4). Elle cohabite avec son spahi qui donne alors libre cours à

(1) « Ce « oui » m'engageait-il ? je ne voulais pas qu'Abd... puisse dire après : « Cette sale Française, voilà comme elle tient sa parole. » Il avait ma promesse après tout, cet homme. »

(2) « L'un d'eux m'a dit : « Il vaudrait mieux vous suicider que de faire un mariage pareil. » Eh bien ! docteur, on se ferait musulmane rien que pour n'être plus d'une religion où l'on vous dit des choses pareilles. »

(3) « Les désillusions commencent. Abd... qui était superbe avec son turban était ridicule quand il l'avait enlevé ; il avait une tête en tuyau de poêle, c'était risible. J'ai été obligée de lui demander de le garder pour dormir. »

(4) « Il avait amené des témoins infâmes. J'ai régaler tout le monde, 50 francs de couscous, car c'est comme cela que ça finissait toujours. »

sa grossièreté, la rosse, la brutalise et lui extorque de l'argent. Ecœurée, puis reprise, elle repart deux fois encore à Paris, revient, vidant ses poches et voyageant sur le pont pour pouvoir le rejoindre.

La guerre éclate sur ces entrefaites. Abd... est envoyé par mesure disciplinaire (ivresse et scandale) à M... Elle accourt auprès de lui. Il exige le mariage civil; elle refuse et finit par accepter le mariage religieux devant le cadi dans une mosquée d'Alger; au préalable, elle se fait musulmane sous le nom de « Zohra ».

C'est au cours de cette période qu'a lieu le premier incident avec le commissaire de police de M...

L'escadron d'Abd... est désigné pour le front; le mari de Zohra se fait offrir des vêtements et des sous-vêtements luxueux, des parfums, interdit à sa femme qui en manifestait le désir de prendre le même bateau que lui, invoquant une loi musulmane qui prescrit à la femme de ne pas paraître avec son mari.

Elle rentre en France, triste, meurtrie et désespérée. Une correspondance active s'échange entre son mari et elle; elle va le voir plusieurs fois dans ses cantonnements; il vient à Paris en permission, casse tout chez elle, la bat, lui prend de l'argent avec lequel il fait la noce, la fait marcher devant lui dans les rues où elle veut le promener (1).

La passion de Zohra s'est irradiée et étendue à tout ce qui est oriental.

Pour se distraire, elle apprend l'arabe, suit les cours de l'Ecole des langues orientales, se fait, non sans beaucoup de peine, donner des autorisations pour visiter les blessés musulmans dans les hôpitaux de l'Assistance publique.

Mais, entre temps, Abd... est envoyé au Maroc avec son corps.

Elle cherche à le rejoindre, sollicite de tous côtés des recommandations pour obtenir l'autorisation de se rendre à Fez, se voit rebulée, finit par se décider à revenir en Algérie; poursuivie par son idée de se perfectionner en

---

(1) « Il a eu le toupet de me forcer à lui montrer Paris, et je marchais dans les rues à plusieurs pas devant lui, parce qu'une femme musulmane ne se promène pas à côté de son mari. »

arabe, elle demande à ses professeurs des recommandations pour les directeurs de Medersah.

La conduite cynique et brutale de son mari qui ne cesse ses appels de fonds finit par la révolter; elle cherche à divorcer (1), échange des correspondances, fait des démarches à ce sujet.

C'est peu après son arrivée à Alger qu'elle se rend à M..., où, prétend-elle, elle rencontre un ancien « témoin » de son premier mariage, se documente sur les souvenirs qu'a pu lui laisser son mari. Son arabophilie aveugle la pousse à faire sa société des Arabes avec lesquels elle s'efforce de causer à propos de tout ce qu'elle voit ou des événements du jour et ce sont ces agissements et ces propos qui motivent son arrestation.

## II. — LE CARACTÈRE ET L'ÉTAT MENTAL DE J... N...

M<sup>me</sup> veuve L..., née N..., porte allègrement ses *soixante-six ans*. De forte corpulence, le teint assez coloré, elle donne l'impression d'une grande robustesse de tempérament.

Son allure est assurée; elle se présente avec aisance, le port de la tête indiquant une certaine fierté, tempérée par la discrétion et la sobriété du geste.

Elle s'exprime avec une extrême facilité et non sans distinction, avec abondance quoique sans volubilité. Tous ses récits, toutes ses déclarations sont faits dans une langue châtiée, en des phrases admirablement construites; elle donne à sa pensée, vigoureuse et servie par une mémoire des plus fidèles, des développements remarquables par la façon dont ils sont conduits, par leur étendue comme par la précision des termes choisis.

Toutefois, on est rapidement frappé d'une certaine *grandiloquence*, d'une légère tendance à l'*orgueil*-(2), à

(1) Il faut noter que toutes les démarches qu'elle va faire désormais pour divorcer sont inutiles, son mariage à la mosquée étant comme tout le monde le lui explique nul au point de vue légal français.

(2) « Vous allez peut-être me trouver prétentieuse, mais je juge de la valeur des gens à l'impression que je leur produis. »

l'*auto-satisfaction* (1); elle prêche un peu en parlant, les yeux demi-fermés, la tête en arrière; ses récits sont entrecoupés d'aperçus philosophiques, de sentences morales ou d'aphorismes qu'elle souligne par des inflexions de voix ou des ralentissements un peu solennels.

Elle retient l'intérêt de son auditeur par le relief qu'elle sait donner à sa personnalité et par les réflexions originales, parfois spirituelles, voire ironiques dont elle émaille ses récits.

Ce qu'on ne peut lui refuser, c'est la franchise (2). Elle raconte l'histoire de sa vie dans tous ses détails, donne aux questions qu'on lui pose toutes les précisions nécessaires; nous n'avons pu relever aucune contradiction dans ses propos, elle n'a en vis-à-vis de nous aucune réticence, même sur les points les plus délicats de son histoire intime. Elle a reconnu ses faiblesses morales comme elle s'est appliquée à nous montrer les côtés généreux de son caractère.

La générosité est en effet un de ses traits dominants, si on l'en croit. Mais cette générosité réelle, par son exaltation, son aveuglement, par son oubli des contingences arrive à être ce que l'on pourrait appeler le « Don Quichottisme ». On l'avait surnommée du reste « Don Quichotte » dans sa famille; elle en est fière et revient avec orgueil sur ce trait de son caractère noble et désintéressé. Quand elle est arrêtée à M... sur la dénonciation des agents indigènes chargés de la faire causer, elle dit que c'est « une bande de Judas embrassant Don Quichotte ». On pourrait citer mille traits de sa vie témoignant de cette même exaltation vers des sentiments désintéressés, vers l'accomplissement de l'acte juste en soi. Citons pour mémoire l'ardeur avec laquelle elle s'emploie dans certaines croisades sociales, la Société protectrice des animaux, par exemple. A la prison, sa pitié va aux malheureuses filles qui y sont enfermées

(1) « Les femmes de la société européenne, à X..., ont vu avec ennui arriver au milieu d'elles une vraie dame. Mon désintéressement faisait tache là-bas. Je gâtai le métier. »

(2) « Quoi qu'il puisse arriver, je mets toujours l'honneur dans la balance et je croirais mentir si je ne disais pas tout. »

et qu'il faudra s'efforcer de relever, « la prison devant être une leçon et non seulement une punition », et elle déclare qu'à sa sortie elle se mettra d'une Société pour l'amélioration des prisonniers. Elle demande du pétrole pour tuer les punaises et les œufs de punaises de sa cellule « pour que son passage y soit marqué par un peu de bien », et comme on lui répond ironiquement que, quand ces œufs éclore, elle ne sera plus là, elle oppose cet égoïsme à son altruisme et dit : « Docteur, je considérerais comme une infamie de ne pas tuer ces punaises qui pourraient piquer les malheureux qui viendront après moi ! » Cet incident, au milieu de ses pires misères, est tout à fait représentatif du fond de son caractère, fait d'une générosité aveugle et qui porte à côté.

Elle plane dans une sorte d'idéalisme inconcevable qui lui fait tirer les conclusions les plus optimistes des pires réalités (1). Après avoir déploré ses déboires avec le spahi, ses démêlés avec la police, et pleuré sur sa captivité, elle ajoute : « Je déclare que j'ai la passion du martyr », et termine sur cette noble pensée : « Toute souffrance est utile. »

Elle a horreur de l'injustice et de l'hypocrisie, et c'est pourquoi elle hait sa famille et le protestantisme dont elle prétend avoir eu à subir les pires avanies ; c'est avec une sorte de joie vindicative qu'elle se fait musulmane ; le désir de vengeance, d'outrage envers sa famille entre pour une part dans son mariage avec Abd..., si on l'en croit. Aux pires moments de défaillance avec son amant elle pensait avec une certaine volupté, nous a-t-elle confié, « à la tête que ferait son frère, le pasteur ». « La voilà, ma vengeance ! tous ces gens qui ont été avec moi d'une dureté, d'une méchanceté extraordinaires, eh bien ! voilà le parent que je vais leur donner, ils pourront le promener dans les salons de Genève ! »

Mais cette façon de sadisme ne fut, à notre avis, qu'un piment qui assaisonna sa passion. Car, il faut le

---

(1) « Cet homme avec son infamie m'a forcée à déployer tant de douceur, tant de force de caractère que, à certains points de vue, ç'a été un bienfait pour moi. »



dire, ce qui domine son esprit dans ces dernières années, c'est sa passion sénile pour Abd..., passion vraiment inconcevable quand on songe à l'énormité de ses conséquences. Elle a été battue, grugée, volée, ridiculisée par cette sorte de souteneur qu'elle s'est adjointe, mais au fond elle l'a aimé, et l'aime peut-être encore ; il s'est imposé physiquement à elle, autant et plus peut-être par la brutalité et les sévices que par les satisfactions qu'il donnait à ses sens.

Elle s'est donnée à ce demi-sauvage après avoir projeté sur lui toutes les irradiations de son idéalisme.

« Cet être que j'ai rencontré alors que j'étais seule dans la vie, que je n'avais aucune affection, je l'ai affublé de toutes les qualités, je l'ai rendu intéressant avec tout ce que j'avais en moi. »

Elle s'est abîmée dans une frénésie de passion charnelle, de lyrisme sentimental et de sadique vengeance, entrecoupée pendant deux ans de lutttes, de remords, de défaillances, de reprises et de rechutes.

Aujourd'hui elle se dit guérie, mais tremble encore à l'idée qu'il va la poursuivre et exercer sur elle le chantage tant redouté (1).

Comme Don Quichotte, M<sup>me</sup> veuve L... met au service des causes qu'elle croit justes, une *combativité*, une *ténacité* très grandes. Une idée une fois adoptée, un projet une fois résolu, elle apporte à leur réalisation une suite, une méthode, des moyens que rien ne rebute. Pour ses voyages, son mariage, son divorce, ses séjours en Algérie ou au Maroc, elle multiplie les démarches, les lettres : « Je suis une femme de démarches ; à Paris, j'étais tous les deux jours au Ministère. »

Les innombrables documents annexés à son dossier donnent une idée de toutes les sollicitations civiles ou militaires auxquelles elle s'est livrée ; résolue depuis 1912 à pénétrer la vie arabe, à connaître la langue et les mœurs, elle cherche par les moyens les plus propices, soit en France, soit ici, à se perfectionner dans la langue indigène. Son arabophilie tenace — elle a résisté

---

(1) « S'il vient chez moi après la guerre, il me tuera, comme il me l'a promis ; ou bien s'il ne me tue pas, il restera, et ce sera peut-être pis. »

à l'épreuve d'Abd...! — la pousse aux pires imprudences. Elle revient à M... où elle a déjà eu maille à partir avec la police et cause familièrement avec les indigènes, pour le simple plaisir, semble-t-il, de parler arabe. Peut-être y a-t-il autre chose, et se trouve-t-elle hantée par le souvenir de son spahi qu'elle y vint rejoindre autrefois.

Elle poursuit ses idées et ses plans sans aucun souci de la discrétion, de la mesure, sans aucun sentiment de la prudence et de l'opportunité; elle s'attache à la réalisation de ses chimères ou à la satisfaction de ses passions au mépris des réalités, des convenances, parfois même de la pudeur. « Je suis une combative, dit-elle; j'ai un grand mépris des contingences. »

## RÉSUMÉ ET DISCUSSION

M<sup>me</sup> J... N... nous apparaît, en définitive, comme une personnalité fortement originale, douée d'une intelligence vigoureuse servie par des moyens d'expression assez remarquables, animée de sentiments généreux et désintéressés au service desquels elle met une ténacité et une combativité très grandes, mais possédant une complaisance en soi, une vanité, une assurance que ne corrigent pas le sens des réalités, arrivant, en raison de cette grave lacune, à se placer au point de vue moral et social dans les situations les plus incongrues, parfois les plus ridicules.

L'histoire de sa vie nous la montre s'agitant toujours en marge des situations normales, soit vis-à-vis de sa famille, soit vis-à-vis de la société, et tombant, de ce fait, dans des aventures dangereuses ou grotesques et humiliantes.

Au total, une dysharmonique, pour ne pas dire une déséquilibrée.

Cette idéologue obstinément aveugle et cette réformatrice incorrigible a tourné dans ces dernières années son « Don quichottisme » du côté de l'arabophilie.

Elle a commencé par payer de la plus lamentable passion sénile la générosité optimiste avec laquelle elle se jetait dans cette nouvelle entreprise.

Une douloureuse déconvenue ne l'a pas guérie et ne

l'a pas ramenée à la réalité, preuve de son incurabilité foncière et de son inconscience du danger.

Au contraire, malgré ses avatars, elle a poursuivi ses entreprises arabophiles en toute occasion, en tous lieux et sous toutes les formes à sa disposition, à Paris, en visitant les blessés musulmans dans les hôpitaux, à l'Ecole des langues orientales, au Maroc, à Alger, à M..., etc., où elle saisit toutes les occasions de parler arabe et de fréquenter les indigènes.

Cette connaissance de ses tendances lointaines et de ses aventures récentes était nécessaire pour éclairer son attitude à M...

Il n'est pas dans notre rôle de trouver la vérité entre les propos prêtés à J... N... par les témoins et les dénégations formelles qu'elle oppose.

A notre avis, il semble qu'il y ait eu de sa part beaucoup plus d'imprudence que de calcul; elle nie en tout cas avoir parlé des Allemands, reconnaît avoir parlé aux indigènes de leurs frères musulmans. Quant à l'histoire du drapeau, elle a fait remarquer en passant devant la mairie que son drapeau était déchiré et que le drapeau turc était « akhd'ar » (1); il semble en tout cela qu'elle ait surtout cherché des occasions de parler arabe, de faire des exercices de conversation, de faire contrôler la justesse de ses mots par des indigènes.

Même à la prison, elle ne se sépare pas de sa grammaire et de son lexique arabes, qui la sauvent, dit-elle, de l'ennui.

Son aventure de M... nous paraît plutôt un épisode maladroit de cette « arabomanie » sénile, elle-même manifestation tardive de son incorrigible « Don quichottisme ».

## CONCLUSIONS

M<sup>me</sup> J... N... possède la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Mais elle est sujette à des passions et à des exaltations que son absence de sens pratique rend dange-

---

(1) Etait « vert »; ce qui peut vouloir dire aussi « reverdissant, heureux ».

reuses pour elle. A ce titre, on peut dire qu'il y a un peu de déséquilibre entre ses facultés.

Elle a été particulièrement victime dans ces dernières années de passions séniles, « d'arabomanie », au cours desquelles elle a commis certains écarts de langage et de conduite dans lesquels il faut voir, à notre sens, plus d'imprudence et de maladresse que de tendances subversives (1).

---

(1) A la suite de ce rapport, M<sup>me</sup> N... a bénéficié d'un non-lieu. Elle a été invitée officieusement à quitter l'Algérie, mais se refuse obstinément à s'en aller, prétendant qu'elle est victime d'une infamie, qu'elle a le droit de rester, etc.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1917

Présidence de M. CHASLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, en raison de l'augmentation considérable des frais d'impression, le Bureau de la Société a décidé, que dorénavant les communications ne devront plus avoir que quatre pages des *Annales*.

*Mort de MM. Urquhart, Armand Laurent et Régis fils.*

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai le regret de vous annoncer la mort d'un de nos anciens associés étrangers, le D<sup>r</sup> Urquhart, mort à soixante-cinq ans, le 31 juillet dernier. Il avait été directeur médecin du « James Murray's Royal Asylum » à Perth (Ecosse) et il a dirigé pendant plusieurs années en collaboration le *Journal of mental Sciences* qu'il avait quitté en juillet 1911. Il fut président de l'Association médico-psychologique britannique, et il a montré une grande activité scientifique et professionnelle. Suivant les traditions de son pays, ce médecin écossais aimait beaucoup la France où il venait passer ses vacances. Il avait fait la connaissance de plusieurs médecins français dont le D<sup>r</sup> Semelaigne, notre collègue, qui pourra donner dans les *Annales* une notice plus étendue sur notre regretté membre associé.

Je dois vous faire part de la perte que nous avons faite, en la personne du D<sup>r</sup> Armand Laurent, membre correspondant, élu en juillet 1862. Il est mort récemment à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Il avait été médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Ronen ; il a publié de nombreux travaux dans les *Annales*,

entre autres un très intéressant sur la physionomie chez les aliénés que vous vous rappelez sans doute.

Enfin notre collègue, le professeur Régis (de Bordeaux), vient d'être durement éprouvé par la mort de son fils, due à un accident d'avion. Nous prendrons tous notre part de ce denil qui frappe si inopinément notre éminent ami.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Dès que j'ai appris par les journaux la mort si cruelle de M. Jean Régis, je me suis empressé d'adresser en votre nom nos sentiments de douloureuse sympathie à notre excellent collègue, le professeur Régis, ainsi qu'à M<sup>me</sup> Régis.

La séance est levée à 4 h. 30.

*Le Secrétaire des séances,*

J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

## SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1917.

**Présidence de M. CHASLIN, président.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Bajenoff, membre associé étranger, et Bonhomme, membre correspondant, assistent à la séance.

### *Correspondance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legras qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Régis remerciant la Société des sentiments d'affectueuse condoléance, qui lui ont été adressés à l'occasion de la mort de son fils, sergent-aviateur.

3° Une lettre de M. André Collin, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Chaslin, Séglas et Truelle, rapporteur.

## Critique d'une statistique médicale (1),

par M. JEAN LAUTIER.

L'esprit des médecins d'aujourd'hui n'est pas, autant qu'on le croit, affranchi de tout préjugé. C'est ainsi que règne chez eux le fétichisme de la statistique, le respect aveugle du nombre, la religion du calcul. On discute les circonstances d'un fait, les termes d'une observation, une opinion personnelle; on ne discute jamais les arguments numériques.

L'emploi de plus en plus fréquent, dans les sciences médicales, des méthodes statistiques et du calcul des probabilités a attiré l'attention de certains auteurs, qui ont tâché d'indiquer leur valeur véritable et de montrer quelle importance on peut reconnaître à leurs résultats. C'est ainsi que, dès 1837, une longue discussion était soulevée à l'Académie de Médecine par la lecture d'un mémoire de Risueno d'Amador, professeur à la Faculté de Montpellier, sur le calcul des probabilités appliqué à la médecine; que vingt ans plus tard Claude Bernard, dans l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, a consacré plusieurs pages à limiter le champ d'action légitime de la statistique. « La statistique, dit ce grand philosophe, ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude*. J'avoue que je ne comprends pas pourquoi on appelle *lois* les résultats qu'on peut tirer de la statistique. »

Malgré cela, la statistique n'a cessé de tenir une place de plus en plus grande dans les discussions des sociétés savantes et dans les publications médicales. Beaucoup de médecins croient qu'ils ne peuvent répondre à une statistique que par une autre statistique. En réalité, tout travail de ce genre ne peut se passer de postulats admis sans démonstration par l'auteur, souvent sans qu'il en ait lui-même conscience. On peut critiquer ces conventions et étudier quelles fautes de raisonnement enlèvent toute valeur à une statistique présentée comme convaincante.

---

(1) Cette communication, résumée, sera publiée ultérieurement *in extenso*.

J'espère que M. Delmas m'excusera de faire ce travail d'analyse sur la statistique qu'il a apportée le 7 juillet 1917 à l'appui de son opinion sur la réforme des paralytiques généraux militaires. Son travail est relatif à notre spécialité, et il aurait pu avoir un grave retentissement sur les intérêts des malades, si l'Assemblée avait confirmé par son vote les conclusions de l'auteur.

Je ferai remarquer tout d'abord la confiance absolue qu'a M. Delmas dans ses chiffres. Il croit opposer, en les prenant pour bases, *des faits* aux opinions, d'après lui, toutes gratuites de M. Pactet, rapporteur. Remarquons également la difficulté qu'ont éprouvée ses contradicteurs à combattre ses conclusions, sans avoir d'autre statistique à opposer à la sienne, par des objections ne portant que sur l'interprétation des nombres. Celles-ci, sans être d'un poids négligeable, ne portent que sur des points particuliers, sont loin d'être les seules que l'on puisse faire, et ne sont pas coordonnées de façon à ébranler tout l'échafaudage de M. Delmas.

Les données statistiques fournies par cet auteur ont une précision plus apparente que réelle. On ne sait si les chiffres qu'il donne comprennent ou non les cas étiquetés : paralysie générale probable, possibilité de paralysie générale. Le court séjour des malades au Val-de-Grâce, l'impossibilité d'y faire tous les examens de laboratoire, les oublis involontaires : voilà bien des causes d'inexactitude.

Mais l'interprétation de ces données est bien autrement sujette à critique. M. Delmas veut prouver que la guerre n'a eu aucune influence sur la fréquence de la paralysie générale. Voici ses différents arguments :

1° *Si l'on compare le rapport du chiffre des paralytiques généraux à celui de tous les entrants dans un service de malades militaires (Val-de-Grâce) et dans un service civil (Sainte-Anne), on voit que la guerre n'a pas augmenté ce rapport.*

Si la comparaison de ces rapports avait la valeur que lui attribue l'auteur, la seule conclusion qu'on devrait tirer, c'est non pas que la guerre n'a aucune influence étiologique, mais qu'elle a sur la paralysie



générale une influence prophylactique ou curative manifeste, ayant diminué des trois quarts ou des deux tiers la valeur du rapport. En réalité, les nombres comparés sont soumis à des influences si différentes qu'on ne peut les comparer. Tous les malades du Val-de-Grâce ne sont pas, comme ceux de Sainte-Anne, des aliénés pour lesquels l'internement s'impose. L'auteur ne donne pas la proportion de ceux que l'on doit interner, les seuls qui devraient entrer en ligne de compte dans le rapport.

Sur tous les paralytiques généraux mobilisés, 15 p. 100 environ ont subi véritablement des dangers et des fatigues du fait de la guerre; ils sont noyés au milieu de 85 p. 100 de mobilisés de l'arrière, territoriaux, G. V. C., auxiliaires, ouvriers d'usine, etc...

Les conditions dans lesquelles est interné un paralytique général militaire et un P. G. civil sont très différents. Beaucoup de civils sont soignés à domicile.

Les militaires sont compris dans certaines limites d'âge; ils appartiennent tous à la jeunesse et à l'âge adulte; les civils peuvent être internés à toutes les époques de la vie.

Les asiles de la Seine se recrutent dans un milieu tout à fait spécial ne comprenant que des habitants des villes, des classes moyenne et pauvre de la société, alors que l'armée comprend paysans et citadins, riches et pauvres, sans distinction. Enfin, M. Delmas ne pense qu'aux paralytiques. Mais la guerre a joué un rôle étiologique sur d'autres maladies mentales. Le rapport qu'il considère ne varie donc pas comme son numérateur, et ses deux termes pouvant être augmentés tous les deux, le rapport peut ne subir aucune modification, ou même diminuer, lorsque le nombre des P. G. aura augmenté en réalité.

2° *Si la guerre influait sur la fréquence de la paralytie générale, le rapport  $\frac{\text{P. G.}}{\text{entrants}}$  devrait croître d'année en année. Il n'en est pas ainsi.*

Il est bien étonnant que ce rapport ne diminue pas, lorsqu'on songe au nombre de paralytiques généraux

qui ont été éliminés au début de la guerre, au départ des vieilles classes, à la mobilisation des jeunes.

3° *On n'observe pas de paralysies générales juvéniles.*

Cet argument, s'il était justifié, n'aurait aucune valeur, la statistique de M. Delmas ne portant pas ici sur un assez grand nombre de malades. En réalité, la statistique du Val-de-Grâce comprend au moins un cas de paralysie générale juvénile, et, à Villejuif, dans le service de M. Colin, il y a eu 3 paralytiques sur un peu plus de 150, dont l'âge était inférieur à vingt-sept ans.

4° *La durée d'incubation de la paralysie générale, dans les cas où l'on peut la connaître, n'a pas diminué.*

Nous croyons ce genre de recherches dépourvu de toute base sérieuse. M. A. Marie est arrivé à des résultats diamétralement opposés à ceux de M. Delmas ; pour lui, la durée moyenne de cette incubation diminue de moitié chez les mobilisés.

Il nous semble, au total, que la statistique de M. Delmas ne renferme, à l'analyse, aucune preuve de quelque valeur, qu'elle n'a que l'importance de l'opinion personnelle de son auteur.

On voit, d'après cet exemple, qu'il faut réagir contre la tendance que l'on a à accepter, les yeux fermés, tous les résultats statistiques, à les additionner et à les comparer, sans rechercher quelle est leur valeur réelle.

## DISCUSSION

M. VALLON. — M. Lautier, dans sa très intéressante communication ayant fait allusion à l'objection que j'avais produite au travail de M. Delmas, je crois bon de préciser cette objection. M. Delmas a opposé la statistique du Val-de-Grâce et celle de la Préfecture de police ; aussi lui ai-je fait remarquer qu'il comparait là deux choses très différentes ; qu'en particulier les âges n'étaient pas les mêmes, et que parmi les malades reçus à la Préfecture il y avait un grand nombre de vieillards qui ne se retrouvaient point au Val-de-Grâce. M. Delmas s'est emparé de ce mot « vieillard » pour interpréter mon objection dans un sens favorable à sa thèse.

Je n'ai pas voulu insister et prolonger indéfiniment un débat où il était manifeste que les éléments de comparaison pris par M. Delmas offraient trop de dissemblances pour être utilement opposés l'un à l'autre. Sinon, j'aurais ainsi développé ma pensée : au Val-de-Grâce, à l'encontre de ce qui se passe à la Préfecture, on ne reçoit que des mobilisés dont une grande partie ne sont âgés que de vingt à trente ans, et qui par conséquent n'ont pas encore atteints l'âge habituel de la paralysie générale; ceci seul permettait d'expliquer le petit nombre relatif des cas de paralysie générale observés dans ce milieu.

M. COLIN. — Je crois que nous devons remercier M. Lantier de la critique très étudiée, mais peut-être un peu vive, qu'il a faite du travail de M. Delmas. Nous devons aussi regretter l'absence de ce dernier, à qui cependant M. Lantier avait fait part du sens de sa communication. Nous aurions été heureux d'entendre M. Delmas combattre l'argumentation de M. Lantier. Celle-ci toutefois me paraît difficilement réfutable. Il y a de multiples raisons qui s'opposent à ce que l'on puisse comparer les deux statistiques. Je n'insisterai que sur celle-ci : à savoir qu'un très grand nombre de mobilisés atteints de troubles mentaux variés sont entrés au Val-de-Grâce qui n'auraient point été internés dans les asiles.

M. CHASLIN. — Je demanderai à M. Lantier, après sa critique des méthodes statistiques, s'il estime néanmoins qu'en médecine on ait le droit de se poser des questions numériques.

M. LAUTIER. — Assurément. Mais il y a de grandes précautions à prendre. Si, par exemple, on veut dans deux circonstances comparer l'action d'une cause donnée, il faut que, cette cause existant dans le premier groupe de faits et étant absente dans le second, toutes les autres circonstances restent invariables.

M. CHASLIN. — Il me semble que votre communication, si captivante d'ailleurs, aurait été plus complète, si pour terminer vous aviez posé les conditions, en médecine, d'une bonne statistique.

M. ARNAUD. — Les statistiques ne sont pas sans valeur, mais une des premières conditions de cette

valeur est qu'elles soient assez larges, c'est-à-dire qu'elles portent sur un nombre de cas suffisants. A ce point de vue je crois exprimer le sentiment général en disant l'étonnement qui m'a saisi de voir M. Delmas appuyer des conclusions aussi fermes sur les bases d'une statistique aussi limitée que la sienne. Je n'insisterai pas sur les raisons, fort bien exposées d'ailleurs par M. Lautier, qui s'opposent à la comparaison des cas de paralysie générale observés au Val-de-Grâce et à la Préfecture de police. Il en est une cependant qui, je crois, a été omise ; pour établir le pourcentage des paralytiques généraux chez les mobilisés, il faudrait faire entrer en ligne de compte la masse, malheureusement très grande, des prisonniers et des morts, parmi lesquels devaient exister un certain nombre de paralytiques en puissance ou déclarés. D'ailleurs, la seule conclusion que l'on aurait pu tirer de la statistique de M. Delmas, à savoir que la guerre semblait diminuer la proportion des paralytiques, ne suffit-elle pas à montrer le danger qu'il y a à interpréter les chiffres d'une certaine façon.

M. PACTET. — Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire à la séance de la Société clinique de médecine mentale, tenue au mois de juillet dernier, au cours de laquelle, j'ai présenté un rapport sur la question de la réforme des paralytiques généraux, une statistique limitée comme celle qu'a apportée M. Delmas, ne permet pas à mon avis de formuler une opinion définitive relativement à l'influence de la guerre sur le développement de la paralysie générale.

En second lieu, en se plaçant au point de vue de la pathologie générale on ne comprend pas très bien pourquoi les conditions étiologiques inhérentes à la guerre — surmenage physique et moral, infection, intoxication, etc. — qui sont de nature à occasionner un excès de fatigue au système nerveux, n'exerceraient aucune action sur la paralysie générale qui est une maladie du système nerveux.

Enfin, au point de vue de l'âge, j'ai fait le relevé des cas de paralysie générale qui ont passé par mon service de l'hôpital de Maison Blanche — qui n'est pas destiné à recevoir cette catégorie de malades — de novembre 1915 à novembre 1917 et j'ai trouvé qu'il y était entré 36 para-

lytiques généraux. Sur ce nombre, 6 étaient assez jeunes; 3 d'entre eux avaient respectivement 24, 26, 27 ans et des 3 autres, 1 était âgé de 31 ans et 2 de 32 ans.

M. DUPAIN. — C'est avec une particulière attention que j'ai écouté l'intéressante communication de M. Lantier; je lui suis reconnaissant de nous mettre en garde contre la fascination des chiffres. Je me suis occupé de statistique, et, par exemple, j'ai essayé d'étudier la statistique de la mortalité des aliénés. L'équation paraît simple en apparence; mais en réalité, elle est compliquée. On trouve dans les publications des pourcentages de la mortalité des aliénés; mais, à mon avis, ce serait grand péril que d'accepter sans examen ces calculs ingénieux, et faire fonds sur ces nombres, même lorsqu'ils ont plusieurs décimales, pour en tirer des conclusions. Cette question de statistique m'entraînerait aujourd'hui beaucoup trop loin, et j'ai hâte de remercier M. Lantier<sup>1</sup>.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN et H. TRUELLE

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### **XIV<sup>e</sup> Congrès de la Société phréniatrice italienne (Pérouse, 3-7 mai 1911).**

La séance d'ouverture du Congrès a été très brillante. Elle était présidée par le professeur Tamburini. Y assistaient les notabilités de Pérouse, les délégués des ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, de la Justice. Le médecin provincial Cantonzi représentait l'administration sanitaire; Consiglio et Buccio, l'armée italienne.

Tour à tour, le préfet Ferri, le maire de Pérouse, comte Valentini, le représentant de la députation provinciale de l'Ombrie, professeur Calderoni, prirent la parole pour saluer le Congrès. Ensuite le professeur Tamburini prononça le *discours d'ouverture*. Il remercia les pouvoirs publics, prononça l'éloge des morts : Lombroso, G. Virgilio, fondateurs de l'anthropologie criminelle; Bonfigli, à qui l'on doit la loi sur la protection des enfants arriérés. Puis il parla des rapports de la psychiatrie et de la neurologie, insistant sur le caractère provisoire qu'ont les groupements récents dus à Kraepelin (démence précoce, folie maniaco-dépressive, mélancolie involutive). Des progrès plus réels ont été introduits en neuro-psychiatrie par l'étude des sécrétions internes et des intoxications exogènes et endogènes, par l'emploi de plus en plus répandu de la méthode anatomo-clinique. Au point de vue pratique et en restant uniquement sur le terrain de la psychiatrie pure, que de progrès : introduction du traitement individuel, de l'enseignement professionnel des infirmiers, perfectionnement de l'ergothérapie, de l'assistance familiale des psychopathes. Par une transition naturelle, le professeur romain insiste sur le rôle de plus en plus social du psychiatre, l'importance de la prophylaxie du crime, de l'aliénation mentale et des groupes intermédiaires; il montre aussi l'œcuménisme de plus en plus grand de la science contemporaine, l'union et la solidarité des peuples.

Le professeur Agostini, comme président du Comité d'organisation, remercie les autorités locales, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès, évoque l'Ombrie du moyen âge et de la Renaissance, la patrie du Péruçin et de Raphaël, puis il fait l'historique du manicomio créé en 1821 par la munificence du cardinal Rivarola, dirigé longtemps par l'illustre Adriani. Il insiste sur la fréquence de plus en plus grande de la folie dans notre société « trépidante », puis il étudie, lui aussi, les progrès récents de notre science en anatomie, physiologie et histologie normale et pathologique, les résultats obtenus dans la lutte contre la pellagre, le crétinisme et, plus récemment, contre l'alcoolisme; il signale la rénovation du droit criminel due aux psychiatres italiens; il cite les noms fameux de Golgi, Tamburini, Bianchi, Morselli, Virgilio, Seppilli et Lombroso.

A la fin de cette séance, sont nommés présidents d'honneur du Congrès : le maire de Pérouse, le président de la députation provinciale, les professeurs Tamburini, Bianchi, Morselli; le président effectif sera Agostini, le secrétaire Vitali, les secrétaires adjoints, Benedetti, Sini, Padovani, Riva, Fabrizzi.

A la séance du 3 mai, Algeri présente le rapport économique et moral de la Société phrénologique italienne. Il fait, lui aussi, l'éloge des disparus : Lombroso, Virgilio, Bonfigli, Raggi, des vénérables Brocca, l'un des fondateurs de la Société, et Sodini, de Pise, mort à quatre-vingt-treize ans, Tubbi, Glicforli, Toselli, Angresani, Piato, Marchi, Mandolari, Luraschi et Ferralini, du docteur Menz, de Trieste, et du professeur Raymond, de Paris.

La première question traitée est celle des *rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie*. Les rapporteurs furent Agostini et Seppilli. Voici leurs conclusions. L'alcoolisme, tant aigu que chronique, peut donner lieu à l'attaque convulsive épileptique. L'attaque convulsive alcoolique ne saurait être distinguée de l'attaque classique vulgaire. Ce que les Italiens appellent l'épilepsie psychique peut être (et cela est fréquent) une manifestation de l'alcoolisme. L'alcool, par lui-même, en tant qu'agent chimique et physiologique, ne joue aucun rôle autre que celui de provocateur dans la genèse de l'épilepsie. Celle-ci est due à une aptitude convulsive particulière de l'organisme qui tend à former des matériaux toxiques. L'épilepsie alcoolique n'est donc pas une entité nosologique. Dans les familles des épileptiques, il n'est pas rare de trouver l'alcoolisme. Les plus graves manifestations de l'hérédéo-alcoolisme sont dues à l'alcoolisation

aiguë des procréateurs au moment de la conception. L'alcoolisme de la mère pendant la grossesse exerce, lui aussi, une influence des plus délétères sur le produit de la conception. L'épilepsie est un des effets les plus puissants de ces états d'hérédo-alcoolisme, soit qu'il se traduise par une prédisposition particulière du système nerveux, soit qu'il existe une véritable encéphalopathie fœtale. L'alcoolisme est loin d'être rare chez les épileptiques vulgaires. On pourra enrayer l'alcoolisme en organisant rationnellement l'enseignement antialcoolique dans les écoles, en limitant le nombre des débits et en créant des asiles spéciaux pour buveurs.

Ruata dit qu'en Italie la *mortalité par épilepsie* varie beaucoup de province à province; le maximum est 77 pour 1 million d'habitants en Campanie, le minimum dans les Pouilles. L'épilepsie paraît en voie de diminution, l'alcoolisme au contraire. Cristiani dit qu'à Lucques, le nombre des alcooliques a quadruplé, celui des épileptiques est stationnaire. Trèves partage cet avis, Consiglio également. Pellegrini signale, depuis l'invasion du phylloxera, une augmentation marquée de l'alcoolisme et de l'épilepsie en Calabre. D'Ormea signale que l'épilepsie frappe également les deux sexes, tandis que l'alcoolisme est surtout masculin. Tamburini signale l'intolérance des épileptiques pour l'alcool et Tambroni les relations entre la dipsomanie et l'épilepsie.

Amaldi étudie le projet de loi présenté par Luzzati contre l'alcoolisme. Quoique l'on dise, dit Amaldi, l'alcoolisme est fréquent en Italie (que dirait-il, hélas! de la Bretagne et de la Normandie) surtout depuis qu'il y a surproduction de vin. L'Italien boirait, d'après la statistique, 15 litres d'alcool absolu par an, il viendrait immédiatement après le Français et le Belge. La loi italienne distingue les boissons alcooliques proprement dites et non proprement dites; comme chez nous, on a les boissons dites hygiéniques. Luzzati préconise, lui aussi, la limitation du nombre des débits, le traitement des alcooliques et prévoit des sanctions pénales. Pour ouvrir un débit, pour vendre des liquides titrant plus de 21° centésimaux, il faudrait une licence délivrée par le préfet après avis du Conseil municipal et d'une Commission provinciale formée de médecins et d'administrateurs. Amaldi demande que l'on abaisse à 15° le minimum du titre alcoolique des boissons non réglementées. Il faudrait, pour Amaldi, fermer le dimanche les tavernes (est-ce possible?) et proscrire l'absinthe. Les asiles



d'alcooliques dangereux non aliénés devraient être dirigés par des médecins. On y serait envoyé, dit le projet, quand, en moins de deux ans, on aurait été condamné trois fois pour délits commis pendant l'ivresse. Ceci équivaldrait pratiquement à l'inutilisation de ces asiles ou peu s'en faut. Ces maisons devraient fonctionner comme asiles de sevrage. Un médecin devrait être adjoint au tribunal pour décider l'envoi d'un prévenu dans ces asiles qui ne seraient pas réservés uniquement aux psychopathes, mais à tous les buveurs qui se montreraient dangereux pour eux-mêmes ou pour leurs familles (né serait-ce que pécuniairement, en les ruinant). Les charges incomberaient aux provinces pour ceux envoyés des asiles d'aliénés, aux prisons pour les condamnés absous, à la famille et à la commune quand cette dernière seraient demanderesses. Un ordre du jour, approuvant les idées d'Analdi partagées par Agostini et Seppilli, est voté par la Société pour être transmis aux pouvoirs publics. Un paragraphe vise l'obligation de sanctionner l'enseignement antialcoolique dans toutes les écoles publiques et un autre demande que l'Etat favorise le commerce des raisins de table et de leurs dérivés non fermentés. Tamburini signale les associations antialcooliques américaines, anglaises, françaises et italiennes, et aussi la puissante campagne en sens contraire faite par les producteurs d'alcool.

Cristiani étudie au point de vue de la *psychiatrie médico-légale les rapports de l'épilepsie et de l'alcoolisme*. L'alcool même à faibles doses est un réactif très sensible, révélateur de l'épilepsie latente. L'alcoolisme n'en est pas une cause déterminante, mais simplement occasionnelle : il agit comme révélateur d'autres états d'intoxication ou d'émotion, mais c'est une cause d'aggravation des épilepsies latentes. Réciproquement, l'abstinence amène une action sédative des manifestations épileptiques, mais dès que le sujet se remet à consommer des boissons alcooliques, l'épilepsie reparait ; il en est de même des émotions. L'alcoolisme révèle fréquemment des manifestations les plus graves des épilepsies latentes, surtout les formes de la criminalité sanguinaire ; nous rappelons que dans la doctrine de Lombroso, très répandue en Italie, on considère le crime sanguinaire violent comme une variété de l'épilepsie larvée. J'ai déjà eu bien des fois l'occasion de critiquer cette doctrine, je ne le referai point ici.

*L'alcool comme agent provocateur de l'hystérie et de l'épilepsie*, par le Dr Treves. — Théorie très ingénieuse du savant médecin

italien. Je la résume en ses traits principaux : L'épileptoïdisme et l'hystéroïdisme représentant, dit-il, dans le champ de l'anomalie ce que le masculisme et le féminisme sont dans le champ de la normalité. L'hystéro-épileptoïdisme constitue un syndrome qui est à la base du mécanisme pathogénétique de toute passion : toute affection mentale ou somatique peut le provoquer en affectant la personnalité qu'elle menace dans son intégrité. Cette désintégration de la personnalité s'explique par un mécanisme pathogénétique qui met en évidence les composantes normales de l'hermaphrodisme psychophysique. L'exagération du développement de l'élément masculin séparé du féminin se traduit cliniquement par divers faits d'hystéroïdisme (diathèse de fixation). Au contraire, l'exagération du développement de l'élément masculin séparé du féminin cause l'épileptoïdisme (diathèse d'obsession). Dans l'hystéro-épileptoïdisme, lorsque prédomine l'épileptoïdisme, il y a exagération de développement de l'élément phylogénétique ; c'est l'hystéroïdisme qui se développe lorsqu'il y a exagération par autogenèse. Dans ce cas, les premières manifestations sont des faits de stupeur et d'idées fixes, de confusion et d'obsession. Lorsque ces états alternent chez un même sujet, on a la phrénose suporo-confusionnelle et la phrénose maniaco-dépressive. Les formes de prédominance phylogénétique se traduisent par la lypémanie dans la sphère du sentiment et le délire de persécution dans la sphère intellectuelle. Celles où prédomine l'autogenèse seraient la manie et les idées de grandeur ; les formes atténuées sont les passions (paranoïa rudimentaire) les plus graves, la phrénasthénie qui devient la démence chez les sujets complètement développés. Les diverses causes de désintégration de l'hermaphrodisme psycho-physique déterminent le fait clinique de la maladie ; si elles persistent, elles s'accompagnent de dégénérescence. L'alcool est le plus important de ces agents de désintégration.

Mariani étudie *l'alcoolisme et les débits de boissons alcooliques à Turin*. Il existe des ligues antialcooliques locales à Florence et à Brescia ; une ligue générale a été fondée à Milan par Cristophoris. L'alcoolisme a été étudié récemment par Seppilli au Congrès de Gênes (1905), par Dupré, par Triboulet, Mathieu et Mignot. En 1907, il y avait à Turin 2.958 débits de boissons autorisés en ville et 480 en banlieue. Pour 176 seulement, le débit de boissons n'est qu'un accessoire annexé à un restaurant, soit donc 2.482 débits simples, ce qui donne 1 débit

pour 150 habitants en ville et en banlieue, 480 débits pour 62.000 habitants, soit 1 pour 130. Si l'on tient compte qu'en Italie, sur 1.000 habitants, il y en a 344 de zéro à quatorze ans, 560 de quinze à soixante ans et 96 au-dessus de soixante ans (cependant les adultes sont un peu plus nombreux en ville que la moyenne), on admettra que chaque buveur mâle adulte absorbe 175 litres par an.

A l'asile de Turin, il y avait, en 1896, 27 alcooliques, 25 hommes et 2 femmes; en 1903, 67 dont 55 hommes et 12 femmes, et en 1907, 65 hommes et 20 femmes, d'où l'on peut conclure que l'alcoolisme augmente rapidement, surtout chez la femme. 732 alcooliques ont été traités à cet asile, de 1893 à 1907; ils ont dépensé 3.119.400 journées, à 1 fr. 30, soit 4.055.220 francs (5.537 francs par individu) sans compter le manque à gagner et le préjudice de l'incurabilité. Il y aurait donc tout intérêt à voter une loi permettant de séquestrer les alcooliques et les buveurs dans les maisons spéciales, même contre leur gré.

Consiglio, capitaine-médecin, fait une communication sur *l'alcoolisme dans l'armée*. L'alcoolisme est loin d'être exceptionnel dans l'armée. En Italie, comme partout en Europe, il existe surtout chez les professionnels (sous-officiers et officiers) et dans certains corps spéciaux formés surtout de rengagés (carabiniers). Il y a un rapport évident entre l'alcoolisme et les réformes pour psychoses, pour épilepsie et pour phrénasthénie. Or, celles-ci augmentent à un point tel que, de 1894 à 1907, elles sont passées de 2 à 51. La moyenne annuelle est de 0,19 p. 1.000 en Italie, 0,20 p. 1.000 en France, 0,12 p. 1.000 en Allemagne, moins encore en Espagne, Hollande, Autriche, Roumanie, pays où l'alcoolisme est rare. En Allemagne, cette moyenne est en voie de diminution, de 0,42 en 1886 à 0,10 en 1901; de même en Angleterre et en Amérique. Sur 152 militaires traités à l'asile de Rome, de 1897 à 1910 (soit 18 officiers, 12 sous-officiers et 122 soldats), il y a eu 14 alcooliques, 42 cas de folie avec appoint alcoolique et 26 avec une prédisposition héréditaire grave due à l'alcoolisme. L'alcool a donc figuré dans 54 p. 100 des cas traités. L'alcool est le grand agent de l'indiscipline et du crime militaire, surtout dans les faits de refus d'obéissance, de désertion. Il apparaît dans 80 p. 100 des cas de ce genre en Bavière (Wenzel), 75 p. 100 en Italie (Consiglio), 81 p. 100 en France (Jude). Pour lutter contre le fléau, il existe, en France et en Allemagne, des coo-

pératives militaires de consommation, qui ont pour but de se substituer aux cantines, on a créé aussi des maisons ou foyers du soldat où l'on pratique divers sports, des salles de lecture ou de musique. Enfin, l'enseignement antialcoolique devrait être poursuivi après la période scolaire.

Valtorta. *Mentalité et réactions psychologiques dans l'alcoolisme.* — L'alcoolisme est un empoisonnement d'origine exogène agissant aussi comme facteur de complications endogènes. Il est cause de plusieurs états de folie tels que le *delirium tremens*, le délire alcoolique sensoriel, l'ivresse pathologique, les épisodes alcooliques subits, certaines impulsions et obsessions. Il agit aussi comme agent de dégénérescence héréditaire et produit des phrénasthéniques simples, des phrénasthéniques impulsifs et instinctifs et aussi des idiots. L'association de l'alcoolisme et de la déficience peut donner une évolution particulière aux psychoses purement toxiques et causer des psychoses fixes. Les psychoses alcooliques chroniques engendrent des troubles du caractère, des hallucinations et enfin la démence. L'alcoolisme aggrave singulièrement le pronostic des plaies de tête, enfin il a des conséquences sociales sur l'émigration, l'industrialisme et le surmenage.

Gatti et Montenezzo constatent l'identité clinique et étiologique du *delirium tremens* et de certains états confusionnels épileptiques (états crépusculaires), ils ont emprunté cette idée à quelques Français et à Meynert. Ces deux syndromes déterminent de la fièvre. On y rencontre le *bacterium coli* et des staphylocoques pyogènes. Les toxines jouent probablement un rôle dans leur genèse. Cette remarque est très intéressante, mais aurait besoin d'une sérieuse démonstration de physiologie pathologique.

*Contribution clinique aux rapports entre l'alcoolisme et l'épilepsie à Aversa*, par Cascella. — Le grand manicomie d'Aversa reçoit les malades de quatre départements méridionaux. L'alcoolisme y a assez peu augmenté de fréquence. Sur 1.500 aliénés, il n'y a que 25 épileptiques alcooliques : 23 hommes et 2 femmes, dont 12 ont des convulsions depuis l'enfance; dans 10 cas, il n'y a aucune tare héréditaire ou familiale connue; 3 de ces cas ont débuté après cinquante ans et sont liés à l'artériosclérose ou à la démence; les 7 autres sont apparus entre vingt-cinq et trente ans. Un cas est caractérisé non par des convulsions, mais par une crise procursive suivie d'exhibitionnisme.

Meneghetti et Salerni. *Epilepsie et dégénérescence en rapport avec l'alcoolisme.* — L'influence des ascendants alcooliques sur le développement des descendants n'est pas très commune et se manifeste souvent par une propension à l'abus des boissons, plus souvent encore par des troubles de caractère convulsif : hystérie, épilepsie, hystéro-épilepsie. Mais le mauvais exemple, qui agit sur deux générations successives, tend à se perpétuer dans les familles. L'alcoolisme paternel détermine une gravité spéciale à l'épilepsie des descendants.

Padovani. *Epilepsie et alcoolisme dans l'émigration transocéanique italienne.* — D'assez nombreux aliénés italiens vont chercher fortune en Amérique, un plus grand nombre reviennent dans leur pays. Les chiffres officiels sont très certainement inférieurs à la réalité. L'épilepsie est encore plus fréquente, bien qu'il soit très difficile d'apprécier le nombre des épileptiques. Les émigrés de l'Amérique du Sud sont plus fréquemment aliénés ou épileptiques que ceux des États-Unis. Les causes déterminantes paraissent être le surmenage, la misère, la nostalgie, l'abus des liqueurs variées et avariées, surtout du tafia. Les provinces du Midi paraissent plus éprouvées que celles du Nord, mais ce sont aussi celles qui fournissent le plus d'émigrants.

Agostini. *Contribution à l'étude de l'action physiopathologique du vin et des alcools. Sur l'action physiopathologique du vin, de l'alcool éthylique et des alcools dits supérieurs.* — Les vins moyennement alcooliques (7 à 9°), même longtemps administrés à la dose de 2 centimètres cubes par kilogramme de poids d'animal et par jour, n'exercent aucune influence sur l'élimination de l'azote total et ne semblent pas apporter de troubles dans l'organisme. L'alcool éthylique, dilué dans les mêmes proportions que dans le vin, ne paraît pas non plus, aux mêmes doses, causer d'accidents. L'alcool méthylique, au contraire, amène, dès le début de l'expérience, une augmentation d'élimination de l'azote, qui va sans cesse en s'accroissant et amène assez vite la mort de l'animal en expérience. Si l'on diminue de moitié la quantité de la dilution et qu'on l'administre à jeun, il y a bientôt une intoxication grave qui peut causer la mort de l'animal. Un vin à 10°, administré à la dose de 5 centimètres cubes par kilogramme, produit, après quelque temps, des phénomènes d'intoxication grave : plus graves sont ces phénomènes si le vin est artificiel ou s'il est vicié. Mais jamais les animaux intoxiqués par le vin ou l'alcool dilué n'ont présenté des phénomènes convulsifs. L'intoxication des femelles en gestation augmente de

beaucoup la mortalité et la morbidité du produit de la conception. L'intoxication de la nourrice est gravement dommageable pour le nourrisson, car l'alcool peut passer dans le lait, et la sécrétion en diminue en qualité et en quantité. L'administration de boissons alcooliques dans les organismes jeunes retarde et dévie l'accroissement normal du cœur, elle agit comme cause de morbidité.

Dans la séance du 4 mai (soir) est venue en discussion la très grosse question de *l'anatomie pathologique des démences*, dont le rapport a été présenté par Cerlatti. Sous l'appellation de *démence*, on désigne aujourd'hui, purement et simplement, un syndrome mental qui se présente dans diverses maladies, qui ont, naturellement, chacune leurs caractères spéciaux. Il n'y a pas une, mais des démences. Cependant, on considère généralement comme lésions démentielles celles qui caractérisent une dissolution incurable des pouvoirs mentaux, ce qui revient à dire une destruction des éléments nerveux nobles eux-mêmes. Généralement, le maximum de ces lésions se trouve à la région préfrontale. L'histologie a permis de déceler des troubles plus fins de cette région, alors même qu'à l'œil nu elles ne paraissent point altérées. Il y a donc à considérer la localisation des lésions à la fois dans la profondeur des tissus dans les circonvolutions du cortex. Toutes ces lésions sont de nature essentiellement variables, suivant que le sujet est, par exemple, un dément précoce, un épileptique, etc. On a, d'ailleurs, pu établir des lésions pathognomoniques dans certaines psychoses, notamment dans les maladies syphilitiques et métasyphilitiques, comme la syphilis cérébrale et la paralysie générale, dans la trypanosomiase (maladie du sommeil), dans les processus des différentes formes d'évolution sénile, dans la démence par artériosclérose cérébrale; jusqu'à présent, il n'en est pas de même pour la pellagre, l'alcoolisme.

La syphilis cérébrale présente trois formes : a) gommeuse; b) méningo-encéphalique; c) vasculaire ou productive d'Alzheimer.

a) La forme gommeuse ne nous intéresse que lorsqu'elle prend la forme de tumeur cérébrale ou lorsqu'elle s'unit avec d'autres formes.

b) Dans la forme méningo-encéphalique, l'altération consiste essentiellement dans de la leptoméningite; les vaisseaux sont infiltrés de lymphocytes et de plasmocytes des trabécules conjonctivales autour des vaisseaux de la pie-mère, d'où le gonflement le long de leur gaine adventice, et, de là, les éléments

mobiles pénètrent dans la substance nerveuse. Les lésions de la substance cérébrale se présentent en aires limitées qui sont sous la dépendance des vaisseaux.

e) La troisième forme, vasale, produit des altérations plus évidentes d'endartérite type Heubner avec énorme prolifération des cellules de l'*intima pia*; dans les petits vaisseaux, il y a constamment hypertrophie et hyperplasie de tous les éléments cellulaires, et alors formation de vaisseaux vasaux par néoformation périvasale. Ces altérations en foyer sont en rapport avec des altérations occlusives des gros vaisseaux et, parallèlement, il y a une réaction vive et progressive des petits vaisseaux. Il y a aussi une vive réaction de la névroglie. Il est très rare que, dans la syphilis cérébrale de l'adulte, on puisse montrer la présence du *treponema pallida*.

Dans la paralysie générale, il y a une destruction diffuse grave des éléments nerveux nobles, d'où de profondes altérations du type de la myélo-cyto-architecture des diverses zones du cortex: de graves atrophies des circonvolutions, des proliférations considérables de la névroglie. Les vaisseaux subissent, eux aussi, des altérations régressives; on trouve, au milieu du tissu nerveux, des éléments névrogliques à bâtonnets. Les gaines adventices des vaisseaux contiennent des plasmocytes et des lymphocytes, en plus ou moins grand nombre, et des substances de déchets mêlés à des pigments hématogènes. Tout l'axe cérébro-spinal est altéré. L'auteur n'a pas pu déceler, dans le système nerveux des paralytiques généraux, de tréponème. Il y a également des lésions dans les nerfs périphériques et dans les divers organes.

Dans la maladie du sommeil, au milieu des altérations des divers organes, il y a des altérations des centres nerveux caractérisés par d'importantes infiltrations périvasales, de la congestion vasculaire avec plasmocytes, et des altérations du tissu noble du cerveau dans les aires périvasculaires.

Dans les démences involutives et séniles, le cortex cérébral renferme des plaques séniles de Redlich-Fischer, les cellules nerveuses sont à des stades de la régression dite graisseuse. L'atrophie corticale est plus ou moins étendue. Les vaisseaux prennent une disposition en anses, en tresses, en nœuds. On peut trouver de rares lymphocytes, surtout autour des vaisseaux, de la substance blanche où les produits de déchet peuvent s'accumuler.

Dans la démence due à l'artériosclérose cérébrale, il y a des

lésions du système vasculaire en général, et des gros vaisseaux du cerveau en particulier. On observe des altérations régressives de divers types (dégénérescence hyaline, scléreuse, fibreuse, dégénérescence calciforme, etc.) en rapport direct avec les altérations vasculaires ; il y a des aires d'étendues diverses, mais toujours circonscrites, dans lesquelles on rencontre des altérations du tissu nerveux, du ramollissement, de la destruction des éléments nerveux avec conservation du tissu de soutien.

Cerletti, dans une seconde communication, étudie, *au point de vue de la pathologie comparée du système nerveux, la gourme du chien*. — Cliniquement, la forme catarrhale ne présente aucun symptôme du côté du système nerveux, mais on rencontre, dans l'axe cérébro-spinal, des lésions qui rappellent les fièvres infectieuses de l'homme (influenza, scarlatine, diphtérie, typhus), c'est-à-dire des foyers d'infiltration dus à l'infection directe, et de petits foyers de dégénérescence du tissu nerveux (encéphalite productive de Bonfiglio, polyencéphalite de Wernicke). Parfois, la gourme du chien s'accompagne d'épilepsie avec très petits foyers de sclérose conjonctivo-névroglique analogues à ceux qu'on a trouvés dans l'épilepsie de l'homme. On sait que, pour Marie, l'épilepsie dite essentielle est une conséquence de lésions cérébrales causées par des maladies infectieuses ayant atteint le sujet dans l'enfance. Parfois, longtemps après la guérison de l'état aigu, la démence apparaît chez le chien, il ne chasse ni ne garde, ne comprend pas ce qu'on lui dit. Dans ce cas, à l'autopsie, on trouve des lymphocytes et des plasmocytes, comme dans la paralysie générale de l'homme. La dourine du cheval paraît produire des effets analogues. Chez le chat, une injection de morphine de 3 centimètres cubes d'une solution à 1/2 p. 100 cause du balancement, du frémissement ; l'animal paraît halluciné. De ces études, l'auteur conclut : à chaque institut psychiatrique doivent être rattachés des laboratoires de psychologie, de sérologie, d'anatomie. On doit y prévoir l'étude expérimentale des animaux et les doter de moyens de plus en plus amples de recherches.

Cerletti, dans un autre travail, étudie les *nouvelles trouvailles faites dans le bulbe olfactif*. Ce sont des mastzellen : on en trouve dans les gâines adventices des vaisseaux propres du bulbe, surtout chez les jeunes chiens. L'auteur renvoie aux *Folia neurobiologica*, qui ont publié son travail *in extenso*.

Perusini. *Dégénérescences vraies et apparentes des fibres nerveuses de la moelle épinière*. — Les liquides fixateurs agissent



sur la moelle épinière en déterminant trois zones concentriques, dont deux dans la substance blanche. Il ne faut pas confondre ces différences de coloration avec des processus dégénératifs des fibres nerveuses. Par le Weigert, on trouve dans les gaines de myéline une portion périphérique plus pâle que la portion centrale, le cylindraxe, même normal, est gonflé par places. L'erreur est alors possible avec une dégénérescence, surtout dans les cordons postérieurs et latéraux. On peut croire à la dégénérescence, surtout lorsque la fibre considérée est voisine du faisceau pyramidal croisé. La formaline paraît exagérer ces états normaux et causer des erreurs.

Bonfiglio consacre une communication à *une trouvaille particulière faite dans les noyaux des cellules nerveuses*. Dans la démence précoce et dans la paralysie générale, on trouve des pelotes endonucléaires de 1 à 2  $\mu$  de haut, qui dépassent de trois à quatre fois la grosseur de la nucléole, qui ont une forme arrondie, une membrane très nette et un fin réticulum. Elles apparaissent nettement métachromatiques par le bleu de toluidine, leur signification est inconnue.

Bonfiglio. *Contribution à la connaissance des produits de désassimilation du système nerveux. Pigments hémosidermiques*. — L'auteur a réussi à distinguer les pigments hémosidermiques des pigments jaunes formés de substances lipoides. Les pigments qui donnent la réaction du fer peuvent se reconnaître même dans les préparations au bleu de toluidine, par leur réfringence spéciale à la lumière. Les pigments hémosidermiques se rencontrent fréquemment et d'une manière diffuse dans le cerveau des paralytiques généraux, soit dans les gaines lymphatiques des vaisseaux sanguins, soit dans les cellules névrogliques, même dans les points où l'on ne peut établir qu'il y ait eu des hémorragies. Des pigments hémosidermiques sont même contenus dans le protoplasma des plasmocytes, ce qui parle en faveur de l'hypothèse qui attribue à ces éléments des fonctions phagocytaires.

Bonfiglio. *Réaction de Wassermann dans la clinique des maladies nerveuses et mentales*. — Dans le tabes, la réaction de Wassermann fut positive dans 89,5 p. 100 des cas pour le sérum sanguin, celle du liquide céphalo-rachidien dans 57,8. Dans la paralysie générale, le sérum et le liquide céphalo-rachidien donnèrent ensemble 92 p. 100 de réactions positives. Le sérum seul (8 cas) donna constamment une réaction positive. Le liquide céphalo-rachidien, seulement dans la moitié des cas. Dans

la syphilis cérébrale, la réaction du sérum fut positive dans 70 p. 100 des cas, le liquide céphalo-rachidien constamment, le résultat fut négatif. Dans la pellagre, la réaction de Wassermann fut constamment négative.

Montesano. *Lésions des cellules nerveuses dans la démence.* — L'auteur a fait l'examen histologique du cerveau d'un dément précoce, mort à soixante-sept ans, après six ans de maladie. Il existait une grave atrophie du lobe cérébral droit sans artériosclérose. Études par la méthode de Bielchowski. Dans les couches granuleuses externe et pyramidale, on rencontre des masses noires très sombres, occupant, en grande partie, le cytoplasma; il y a aussi déformation du noyau; le réseau neurofibrillaire est très attaqué, presque détruit dans les plus grosses cellules. Avec le bleu de toluidine, les masses argentophiles sont faiblement colorées; avec le carmin, ces masses restent incolores, entourées d'une zone rouge. Les résultats furent identiques à ceux trouvés par Alzheimer. Quel rapport existe-t-il entre ces altérations et les altérations en « peloton » des neurofibrilles?

Rezza et Paoli. *Cytoplasmatocytes et plasmatoctytes à contenu (cellules de Perusini) dans la paralysie générale.* — Dans la méningo-encéphalite paralytique, on trouve deux types de dégénérescence plasmatoctocytaire nettement séparables par leurs caractères morphologiques tinctoriaux et peut-être même biologiques. Ce sont les plasmatoctytes à contenu (cellules de Perusini) et les cytoplasmatoctytes. Ces deux formes de dégénérescence se rencontrent également dans la rate des paralytiques généraux. Ces caractères, lorsqu'ils sont nets, permettent d'établir avec certitude la dérivation des plasmacellules et de celles-ci. Seulement on peut aussi rencontrer dans la paralysie générale des formes spéciales de dégénérescence des cellules névrogliques avec des blocs de substances électivement colorables par la méthode de Best (glycogène). Ces blocs se distinguent facilement par leurs noyaux et leurs réactions tinctoriales dans l'intérieur des cellules plasmatiques dégénérées.

Ansalone. *Lésions neurofibrillaires dans la paralysie générale.* — La méthode de Donaggio est préférable aux autres méthodes par la sûreté et la précision de ses résultats par rapport aux neurofibrilles par la facilité avec laquelle elle démontre les modifications pathologiques de la névroglie et des divers produits pathologiques du tissu nerveux. Comme Dagonet l'a montré dans la paralysie générale, l'appareil neurofibrillaire ne

présente que des lésions peu importantes et nullement en rapport avec la gravité des symptômes psycho-somatiques. Les recherches d'Ansalone ne confirment pas celles de Brodman Schaffer, Bielchowski, Laignel-Lavastine sur les altérations primaires des fibrilles, leur désintégration et leur dégénérescence granuleuse. La coagglutination des fibrilles, analogue à celle que Donaggio a rencontrée chez les animaux soumis à l'action combinée du froid et du jeûne, se rencontre très rarement dans les éléments tant médullaires que corticaux des paralytiques généraux. Les altérations neurofibrillaires secondaires consécutives à de graves altérations cellulaires (dégénérescence pigmentaire hyaline, vacuolaire, états œdémateux du protoplasma) ne sont nullement spécifiques, comme l'ont déjà indiqué Modena et Fua. Le parallélisme indiqué par Parhon, admis en partie par Santi, entre les lésions de la substance chromatique et les lésions neurofibrillaires n'a point été confirmé par Ansalone. Les lésions des voies conductrices endocellulaires semblent insuffisantes pour expliquer, à elles seules, la gravité du syndrome psycho-somatique.

Goria. *Un cas de kyste du cervelet; étude clinique et anatomique.* — L'auteur a étudié un kyste occupant les deux tiers inférieurs de l'hémisphère cérébelleux droit. D'abord limité à la substance blanche, il a pu venir faire hernie à l'intérieur de la cavité du IV<sup>e</sup> ventricule. Il fut donc difficile, à l'autopsie, au milieu d'une telle désorganisation de l'hémisphère droit, de reconnaître les cellules subsistantes du cortex de la région. Il y eut refoulement, compression et dégénérescence des fibres aboutissant ou prenant origine dans les noyaux cérébelleux droits. Quelques-unes de ces fibres sont étirées et forment une sorte de manteau entourant le diverticulum que le kyste fait dans le ventricule. Les pédoncules cérébelleux inférieurs furent complètement désorganisés et fortement contournés. Dans le bulbe, il fut facile de constater une raréfaction considérable des fibres constituant le faisceau spino-bulbaire ventral de gauche, raréfaction encore plus intense dans le faisceau homologue de droite. Dans la protubérance, on note, à ce niveau, que le kyste ne comprime pas les fibres du pédoncule cérébelleux moyen droit. Il y a seulement un léger déplacement des fibres les plus profondes du faisceau pyramidal droit. Les altérations anatomiques rendent donc facilement compte du syndrome constaté sur le vivant.

Martini. *Cas atypique de paralysie générale étudié histologi-*

quement. *Rémission entre deux phases de la maladie.* — Dans la première phase, on constata de l'aphasie, puis de la dysarthrie avec hémiplégie droite, attaques convulsives limitées au côté droit et confusion mentale. La deuxième, terminée par la mort, fut beaucoup plus longue : outre la confusion, on observait de l'incoordination motrice, des troubles psycho-sensoriels, des fausses reconnaissances, des illusions de la mémoire, des attaques convulsives et de la paresse transitoire à gauche ; jamais il n'y eut d'anorexie ni de signe d'Argyll Robertson. Pas d'idées délirantes, pas de réaction de la globuline, coloration spéciale des humeurs. Pléiocytose du liquide céphalo-rachidien, tout faisait soupçonner la syphilis de la convexité. Les lésions anatomiques furent celles de la paralysie générale : il y eut donc désaccord entre les symptômes en foyer et les lésions diffuses. Les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont dues à l'action d'une intoxication générale de zones particulièrement sensibles.

Nino de Poli. *Sur un cas de sclérose en plaques d'origine syphilitique.* — Début progressif par des phénomènes oculaires, fourmillements, puis parésie, puis paralysie des membres supérieurs, puis des membres inférieurs. Douleurs lancinantes, nystagmus horizontal, anicosorie, tremblement intentionnel, exagération réflexe. A l'autopsie, plaques de sclérose dans la protubérance, le bulbe, la moelle, destruction des cylindraxes, altération des vaisseaux, épaissements méningés probablement syphilitiques.

La cinquième séance est consacrée à la *Nosographie de la paranoïa*. — Le rapport est divisé en trois parties : la première, présentée par E. Riva, comprend l'étude de la paranoïa dans l'évolution de la psychiatrie. La paranoïa vraie est une forme de dégénérescence constitutionnelle attaquant surtout la sphère intellectuelle, caractérisée par un système délirant « incroulable », généralement sans troubles hallucinatoires, n'empêchant pas la lucidité de l'esprit et laissant intacte la volonté. Son début est lent et progressif, sa marche chronique ; la démence est rare et tardive. A la paranoïa se joignent les formes paranoïdes de Kraepelin et Tanzi, les querulants, érotiques, ambitieux et même quelques formes analogues se terminant par la guérison ou par la démence. Tels sont aussi les cas de démence précoce paranoïde mal systématisée avec hallucinations, la paranoïa aiguë quelquefois simple épisode d'une psychose toxique ou d'une phrénose maniaco-dépressive, la

paranoïa tardive systématique avec troubles sensoriels des individus âgés, se terminant rapidement par la démence (ces formes peuvent aussi être rattachées à la démence sénile), la paranoïa secondaire, phase terminale d'une psychose affective et la paranoïa périodique qui rentre dans les phrénoses maniaco-dépressives. N'appartiennent pas au groupe des paranoïas, les formes hallucinatoires avec déficit mental constitutionnel; elles n'appartiennent pas davantage à la démence paranoïde, puisqu'elles ne se terminent pas par la démence et que le délire « se tient ». Ces cas ressortissent pour quelques auteurs à la paranoïa fantastique. Tamburini y voit avec raison une forme intermédiaire entre les paranoïas et les autres vésanies. La psychose des prisonniers à type quérulant est aussi une forme de paranoïa pure chez des sujets moyennement tarés ou bien relève de l'hystérie ou de la folie maniaco-dépressive.

La deuxième partie, présentée par Esposito, est relative aux rapports de la paranoïa et des psychoses maniaco-dépressives. Specht veut faire des paranoïas des variétés des psychoses maniaco-dépressives. Il ne tient pas pour cela un compte suffisant de la clinique, car ces états diffèrent les uns des autres par le début, la marche, le pronostic et la psychologie même. La troisième partie a pour rapporteurs Franchini et Capelletti; elle est consacrée à la « position nosologique » de la paranoïa. La paranoïa est une anomalie originaire représentée par un état mental spécial, appelé constitution paranoïaque. Quelquefois, mais rarement des émotions violentes font apparaître de véritables délires systématisés. Sur cet état constitutionnel se développent des psychoses qui doivent leur couleur spéciale à la préexistence de cette constitution même. Il existe quelquefois une parenté morbide entre la paranoïa et certains états de folie morale. Le délire est un élément surajouté dont on peut facilement reconnaître l'élément primitivement affectif, réaction de l'égoïsme à l'opposition de l'ambiance. Le délire relève du fond constitutionnel; il n'est qu'exagéré par une cause occasionnelle, c'est dire que la paranoïa est incurable, nuisible, peut procéder par accès, lors de fortes représentations émotives et affecter ainsi une forme transitoire.

Magano. *Sur la paranoïa.* — C'est une « passion » au sens étymologique du mot se manifestant sur un phylum dégénératif, débutant à la suite d'un trauma physique ou moral ou d'une intoxication. La forme épileptique ne diffère pas de ce que l'on appelle le caractère épileptique, il y a aussi les formes

hystériques et psychasthéniques. La paranoïa est en rapport phylogénétique avec toutes les névroses. Cette opinion est en germe dans les travaux de Morel. La loi de réversion telle que la comprennent Tanzi, Riva et Levi-Bruhl lui est applicable. La puérilité est signe de la forme paranoïde de la démence précoce. La forme dementielle simple, grave prédomine chez les sujets très jeunes et jeunes; plus tard, on trouve les formes catatoniques aiguës ou subaiguës. Plus tard, simplement des idées délirantes. Cette conception de B.-A. Morel est confirmée par l'auteur.

Maggiotto. *Constitution paranoïaque et périodes d'excitation.* — A propos d'un jugement psychiatrique dans un cas d'injures et menaces à un officier public. Chez les paranoïaques, il existe des périodes alternatives de bien-être, d'excitation et de dépression. Donc tel paranoïaque peut n'être dangereux que par moment. Tel était ce sujet qui fut absous comme aliéné, après avoir menacé par écrit et verbalement des agents de l'autorité judiciaire.

Alberti et Ruata. *Sur la nosographie clinique de la paranoïa et de la démence précoce paranoïde.* — Les paranoïaques même délirants sont rarement internés. On peut dire que la constitution paranoïaque est au délire paranoïaque ce que la constitution épileptique est au délire épileptique (Tambroni). Rien de pareil dans la démence précoce paranoïde. Le délire paranoïaque est d'abord vague, imprécis, comme ce que l'on voit à travers un nuage; il y a transformation de la personnalité. La démence paranoïaque est toujours déficitaire dès le début, le délire est incohérent, absurde, accompagné de troubles sensoriels et anesthésiques sans retentissements émotionnels, et toujours mal systématisé en raison de l'état constitutionnel du sujet, mais il est égocentrique, ce qui le rapproche de la paranoïa. Les troubles de l'attention peuvent aller jusqu'à la confusion mentale la plus violente, la dépersonnalisation; alors on rencontre l'incohérence, les néologismes, les stéréotypies, les pertes du sens autocritique. L'automatisme, le négativisme, le maniérisme, l'impulsivité, la perte de la pudeur. Au début, cet état peut simuler une névrose ou affecter les formes hébéphrénoparanoïdes et paranoïdo-catatoniques ou mixtes. L'obnubilation est liée à des désordres intellectuels et non à la destruction des images-souvenirs (Masselon). Histologiquement, il y a désagrégation de l'élément cellulaire, c'est-à-dire intoxication.

Séance du 6 mai 1911. Rapport de Tamburini, Mongeri et Scabia, *Sur les conditions morales et économiques des médecins et des infirmiers des asiles publics et privés.* — Rapport dû à Tamburini. On demande pour les médecins de section (nos médecins adjoints) une autonomie réelle dans le traitement des malades et la direction du personnel, même dans la question de l'admission et de la sortie des malades et dans les rapports avec la famille. Ceci pourrait être accordé, car ce n'est point en contradiction avec les pouvoirs que la loi et le règlement donnent aux directeurs. La hiérarchie devrait être bien établie, pour les médecins primaires et ordinaires, le sous-directeur, le médecin prosecteur et les médecins pratiquants (internes). La proportion des médecins doit être de 1 p. 100 malades sans compter le directeur, le prosecteur, les pratiquants. Les divers traitements doivent être augmentés; les médecins devraient jouir du repos hebdomadaire et de permissions annuelles; ils doivent aussi avoir droit à une retraite réversible sur les veuves et les enfants. Ils doivent dans chaque asile former un conseil sanitaire.

Pour les infirmiers, le Congrès demande que les salaires soient uniformes dans tous les asiles publics, que l'enseignement professionnel soit obligatoire, que l'on améliore les salaires, que l'on établisse une pension réversible sur la famille. Les salaires seraient de 75 à 130 francs par mois pour les hommes, de 50 à 100 francs pour les femmes non nourries. Augmentation d'un dixième tous les quatre ans et après vingt-cinq ans de service retraite entière. Assurance contre les accidents, vingt jours de permission par an.

Mongeri. *Propositions en faveur des médecins et des infirmiers des asiles privés.* — Il faudrait que les traitements et salaires fussent fixés par l'Etat comme pour les asiles publics; il faudrait que le Directeur soit le maître et que l'autorité publique, les commissions de surveillance et les inspecteurs généraux les y aidassent et ne se contentassent point d'exister sur le papier; que les propriétaires ne puissent pas se débarrasser d'un directeur gênant, ne puissent le renvoyer sans motifs sérieux reconnus par l'administration supérieure; enfin, que l'on assure les médecins et les infirmiers des asiles privés en cas de vieillesse ou d'accident.

Ugolotti étudie la *question des traitements dans les divers asiles publics*, montre leur extrême variabilité. C'est ainsi que le directeur de l'asile de Lecca a 3.500 francs de traitement; il

y a des médecins chefs de section qui ont 1.500 francs et des assistants à des taux ridicules. Ugolotti souhaite qu'il y ait une péréquation du traitement entre les divers asiles.

Marro présente un plaidoyer fort intéressant *pro domo sua*, qui nous montre que certaines administrations n'ont égard ni à la valeur de leurs collaborateurs ni à l'ancienneté de leurs services. Nous connaissons tous Marro, nous savons sa haute compétence, son dévouement aux malades. L'administration de l'asile de Turin transforme un beau jour son secrétaire chef en directeur administratif, titre et fonction qui sont illégaux en Italie où il n'y a que des directeurs médecins. Marro proteste. On lui répond qu'il n'a point été nommé au concours (vingt-cinq ans avant la création de ce concours, il était déjà directeur à Turin), qu'il n'est entré à l'asile en 1890 que comme médecin en chef chargé de la direction, et l'on ouvre un concours pour la nomination d'un directeur-médecin. Nos confrères italiens créent pour ce concours la grève des juges et la grève des candidats. Le Congrès vote qu'il appuiera Marro par tous les moyens en son pouvoir.

Amaldi présente, avec Antonini et Masoni, le rapport sur la *question des enregistrements et des publications périodiques maniconicoles en vue d'une statistique méthodique et uniforme en Italie et même pour l'Institut international pour la prophylaxie (actuellement en projet)*. — Cette question tant de fois étudiée ne pourra faire un pas que le jour où la psychiatrie elle-même aura des bases scientifiques et non empiriques comme actuellement. On doit mettre en relief les faits d'intérêt nosologique et statistique d'une part, ceux d'intérêt technique d'autre part. Les auteurs proposent la classification suivante : 1° crétinisme dysthyroïdies ; 2° phrénasthénies cérébropathiques (idioties) ; 3° phrénasthénies essentielles ; 4° folie morale ; 5° folies neurasthéniques ; 6° épilepsies ; 7° folies dysthymiques (maniacodépressive et ses variétés) ; 8° folies démentielles (démences précoces, phréno-sensorielle chronique) ; 9° paranoïa ; 10° psychoses séniles et involutives ; 11° paralysie générale ; 12° démences par encéphalopathies organiques ; 13° alcoolisme ; 14° pellagre ; 15° confusions mentales aiguës, délire aigu. La statistique doit comprendre nombre des entrées pour la première fois, nombre des réadmissions après guérison ou sans guérison ; sorties par guérison, par amélioration, état stationnaire, mort, évasion. Entrées suivant la forme mentale, l'âge, la profession, la condition sociale, l'hérédité suivant le facteur



étiologique le plus important. Nombre des morts par groupe d'âge, par cause prochaine de la mort, par forme mentale. Statistique nosologique totale p. 100 des morts d'après le nombre des malades traités. La statistique technique doit comprendre le nombre des fébricitants, des cas de diarrhée, de sitiophobie, d'attaques convulsives, d'agités, de malades criant la nuit, d'isolés, de sujets soumis à la contention mécanique ou chimique, de suicides, de bains de propreté, de bains prolongés, de travailleurs avec indication de la nature du travail.

Padovani. *Sur la nécessité d'une statistique des émigrants italiens aliénés rapatriés et refoulés d'Amérique, débarquant dans les ports italiens ou étrangers.* — La question a été étudiée par Hamel et Lallemand, Latapie, Tolone, Duse, Liner, d'Ormea. Pour mille émigrés à l'aller 0,11, aliénés au retour 4,03 pour l'Amérique du Nord. Pour l'Amérique du Sud à l'aller 0,43, au retour 3,46. Ces chiffres sont influencés par la loi américaine sur l'immigration ; il faudrait connaître le lieu d'origine de ces malades et l'endroit où ils sont soignés.

Bucciante, capitaine-médecin, étudie la *folie morale et le Code pénal militaire et la prophylaxie de la délinquance dans l'armée.* — Dès le Conseil de revision, on doit se préoccuper d'éliminer de l'armée les aliénés et en particulier les épileptiques et les fous moraux. Cette élimination doit se poursuivre au moment des visites d'incorporation, au régiment même et dans tous les lieux où des médecins militaires observent les soldats. Les autorités civiles devraient transmettre aux conseils de revision toutes les enquêtes, surtout celles au sujet de faits criminels graves, et les dossiers de ceux qui ont été internés dans une maison de santé. Ces documents devraient également être communiqués aux médecins des régiments et des hôpitaux, lorsqu'il y a matière à expertise psychiatrique. Les anormaux vraiment congénitaux devraient, après observation dans un hôpital militaire, être proposés pour la réforme. Il en serait de même de ceux présentant des tares incompatibles avec les exigences du service. Les délinquants normaux ou paraissant tels devraient être l'objet de l'attention particulière des commandants de compagnie. Il est nécessaire aussi que l'armée possède des psychiatres expérimentés et que tous les médecins militaires donnent aux officiers et sous-officiers, et surtout à ceux de la justice militaire, des notions psychiatriques suffisantes pour détruire les préjugés encore trop répandus sur les

maladies mentales. Enfin il souhaite que le psychiatre expert de l'armée puisse de par les règlements en éliminer toutes les non-valeurs psychiques et morales; que les instituts militaires intermédiaires et les corps spéciaux éliminent les sujets non améliorables; que les conseils de revision se montrent sévères sur les qualités psychiques des sujets et n'embarrassent pas l'armée de non-valeurs.

Consiglio. *La prophylaxie morale dans l'armée.* — L'attention des conseils de guerre doit être attirée sur les formes classiques d'anomalies mentales, sur les sujets dysmorphes ou tatoués; ces sujets, en cas de doute, doivent être mis en observation dans un hôpital. Tous les prévenus soumis aux conseils de guerre ou proposés pour les compagnies de discipline doivent être étudiés par les psychiatres. L'école de Florence devrait avoir une chaire spéciale de psychiatrie, et l'hôpital militaire de Rome un cours de perfectionnement théorique et pratique destiné à des médecins militaires qui seraient détachés dans des asiles. Enfin, il faudrait créer une Commission psychiatrique centrale. Chaque hôpital militaire de chef-lieu de corps d'armée devrait posséder un centre de psychiatrie. Des leçons y seraient faites pour les médecins des régiments qui feraient sur ces sujets des conférences aux officiers et aux sous-officiers. Dans les écoles militaires, et surtout à l'École de guerre, il faudrait créer des chaires spéciales de psychologie.

Dans une autre communication, Consiglio s'occupe de la *folie chez les militaires en campagne.* — Sujet devenu, depuis, d'une brûlante actualité. La guerre révèle les tares préexistantes d'où la nécessité d'une hygiène mentale des armées en marche ou en opérations. Il faut s'efforcer de diminuer les pertes d'énergie nerveuse et psychique qui conduisent à des défaillances subites, au moment où les hommes et leurs chefs ont besoin de toutes leurs facultés. Une assistance curative des aliénés doit exister sur le théâtre même de la guerre, mais surtout on aura pris soin d'éliminer les non-valeurs dès la mobilisation. Les hôpitaux spéciaux du front devront être comme ceux des Russes à Moukden et à Kharbin dirigés par des médecins spécialistes: on y soignera surtout, par la méthode du non-restreint et de l'isolement, les cas curables, sans jamais employer la camisole de force.

Dans une troisième communication, Consiglio étudie la *mentalité des épileptiques.* — L'épilepsie est une cause d'affaiblissement rapide de l'intelligence, surtout lorsqu'il s'y ajoute

l'alcoolisme, la dénutrition physique, les fatigues, l'alimentation défectueuse ou toxigène, la syphilis, les excès vénériens, les insulations répétées. Les diverses manières dont se comporte le cerveau des épileptiques dépend de sa potentialité originelle dans l'énergie pour réparer ses forces et se désintoxiquer après les fatigues.

Funaioli. *Organisation du service médico-psychiatrique dans l'armée.* — Alors qu'en France on ne constate (Antheaume et Mignot) que 0,64 aliénés p. 1.000, en Italie, ce chiffre s'élève à 4,37. Les expertises sont nombreuses dans l'armée italienne et augmentent sans cesse. A cause de cela, on doit avoir des médecins militaires de plus en plus au courant de la psychiatrie. Il faudrait aussi des surveillants infirmiers de carrière et des centres psychiatriques au chef-lieu de chaque corps d'armée pourvus de chambre d'isolement pour les agités, les inquiets et les prévenus; de salles communes, d'ateliers, pour les tranquilles, de jardins. En campagne, pour Funaioli, point n'est besoin de centres psychiatriques près du front, mais seulement à une certaine distance lorsqu'il n'y a pas d'asiles permanents dans le voisinage. Chacun de ces centres ne doit comporter, sous la direction de spécialistes et d'infirmiers de carrière, que 30 à 40 malades; il faudrait deux de ces centres par armée. Les évacuations vers l'intérieur devraient être faites par ces infirmiers spéciaux dans les compartiments adaptés à ce but.

Le Dr Fabbri fait ensuite une communication sur *la psychothérapie dans les états psychopathiques*, qu'il nous est impossible de résumer à cause de la brièveté de l'analyse que nous avons sous les yeux et qui est cependant trop longue pour être traduit ici; nous y renvoyons le lecteur, car elle contient des choses très intéressantes.

Agostini. *La pellagre dans l'Ombrie dans ses rapports avec les nouvelles vues pathogénétiques sur la pellagre.* — En Ombrie, la pellagre ou du moins ses formes graves sont en diminution. L'auteur, tout en reconnaissant que la question n'est pas résolue, croit toujours que c'est l'intoxication maïdique qui est la cause de la pellagre. Le prétendu protozoaire incriminé par Sambon n'est point découvert encore. C'est actuellement une hypothèse gratuite. On doit, jusqu'à plus ample informé, s'en tenir à la prophylaxie indiquée par C. Lombroso et à empêcher la consommation du maïs avarié.

C. Goria s'occupe de *l'assistance familiale des aliénés dans la province d'Ancône.* — Cette assistance soit homofamiliale

soit hétérofamiliale est assurée sous la surveillance de l'asile départemental.

Tamburini consacre un article avec *nouvelles méthodes de traitement de la paralysie générale*. — Nous l'analyserons d'une façon complète lorsque nous nous occuperons de la *Rivista sperimentale di freniatria* XXXVIII, 3, où il a été publié *in extenso*.

Trévis. *Des applications chaudes sur la tête et le rachis dans le traitement des maladies nerveuses mentales*. — L'auteur fait des applications chaudes à 45 degrés pendant une ou plusieurs heures, elles agissent en tonifiant dans les états dépressifs comme sédatifs dans les états d'exaltation surtout dans la neurasthénie et la confusion hallucinatoire alcoolique. Elles restent sans action dans les folies hallucinatoires chroniques, sauf qu'elles calment l'agitation tout particulièrement dans la paralysie générale.

Une Commission formée de Seppilli, Guicciardi et Tambroni rend compte de la *visite* qu'elle a été chargée de faire à l'*asile de Pérouse*. Cet asile, ancien couvent, établi sous le vocable de Sainte-Marguerite en 1821, avait été donné à la province par le cardinal Rivarola. Il affecte actuellement l'aspect d'un village, forme des pavillons autonomes. Il est construit pour 750 malades; en certains endroits il y a des filets métalliques; il comprend un atelier de tissage pour la division des femmes. Il y a un gardien pour 8 malades, un laboratoire. L'asile publie des annales très intéressantes.

Enfin, Agostini prononce le *discours de clôture*. — Il espère que ce Congrès aura bien mérité de la science et de l'anti-alcoolisme. Le prochain Congrès devait avoir lieu en 1915 à Palerme; il a naturellement été ajourné à cause des événements.

L. WAHL.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Les Anxieux. Etude clinique*, par les D<sup>rs</sup> Devaux et Logre.  
Préface du D<sup>r</sup> Dupré, 1 vol. in-8°, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>,  
1917.

C'est faire œuvre utile que d'étudier isolément un des symptômes des maladies mentales, de le décrire dans ses plus menus détails, de suivre les modifications qu'il peut présenter dans les diverses formes de folie, de rechercher sa valeur diagnostique et pronostique, et, s'il y a lieu, de faire connaître les indications thérapeutiques qu'il comporte. Il y a toutefois un écueil à éviter : à creuser trop son sujet, l'auteur qui fait une pareille étude en arrive souvent à exagérer son importance, à voir dans ce symptôme isolé toute la pathologie mentale. Cet écueil, MM. Devaux et Logre l'ont évité dans leur savante étude clinique sur les anxieux, que nous avons grand plaisir à analyser et dont nous recommandons la lecture à nos lecteurs, cet ouvrage devant trouver place dans la bibliothèque de tout médecin aliéniste.

Après avoir défini l'anxiété et analysé avec soin ses deux éléments essentiels et indissolubles : la réaction psychique et la réaction physique, les auteurs passent à la description de la constitution anxieuse, qu'ils considèrent comme une variété de la constitution émotive. C'est là le chapitre capital de l'ouvrage. On y trouve un tableau clinique saisissant, plein de vie, de tous les symptômes, soit physiques, soit psychiques, « par lesquels se caractérise plus particulièrement le déséquilibre émotif de l'anxieux constitutionnel ». Les symptômes psychiques surtout sont soumis à une analyse pénétrante, prise, pour ainsi dire, sur le vif et admirablement reproduite.

Dans quels états psychopathiques observe-t-on l'anxiété ? Elles sont nombreuses les formes morbides dans lesquelles, ou dans le cours desquelles, ce symptôme peut se produire. Toutefois il en est parmi elles, où il semble que l'anxiété soit pour ainsi dire pathognomonique. Telle cette variété de la mélancolie, appelée à juste titre mélancolie anxieuse, et qui constitue

un type morbide bien défini, ayant sa symptomatologie caractéristique, sa marche, son évolution. Quoique les auteurs ne l'aient pas nettement détaché, on trouve dans le paragraphe qu'ils ont consacré à l'anxiété mélancolique, tous les éléments de ce type morbide qui s'observe à l'âge adulte comme dans la vieillesse, ainsi que l'ont fait observer MM. Devaux et Logre, dans les pages où ils étudient l'anxiété dans la démence sénile. L'anxiété mélancolique, sous forme de mélancolie anxieuse, se présente aussi dans la période de dépression de ce que les aliénistes français appellent folie à double forme ou folie circulaire.

L'anxiété est non moins fréquente dans les obsessions, dont elle forme l'élément caractéristique et fondamental. Les auteurs ne pouvaient étudier cet élément caractéristique et fondamental de l'obsession, sans étudier aussi cette dernière; et ils ont apporté dans cette étude un vrai talent d'analyse psychologique.

Dans les deux cas précédents l'anxiété est de règle et se présente dans toute sa force; il n'en est pas de même dans les états psychopathiques que les auteurs étudient ensuite, et où elle ne se manifeste pour la plupart du temps que sous forme épisodique, d'une façon incidente, comme, par exemple, dans la manie, la paranoïa, l'hystérie, l'épilepsie, la confusion mentale, la paralysie générale, etc. Plus de la moitié du livre de MM. Devaux et Logre est consacrée à une étude minutieuse l'anxiété dans les diverses formes ou variétés d'états de neuropathiques et psychopathiques dans le cours desquelles elle peut s'observer. Ces multiples descriptions, faites avec le plus grand soin, gagneraient encore si elles étaient illustrées de quelques observations bien choisies, qui graveraient mieux dans la mémoire les nombreuses nuances que peut présenter le phénomène anxieux. Quoi qu'il en soit, les auteurs tirent de cette étude d'importantes considérations pour le diagnostic, le pronostic et même le traitement des affections observées.

En ce qui concerne le traitement, le médecin qui se trouve en présence d'un anxieux doit tenter d'agir d'abord sur la cause, ensuite de recourir au traitement symptomatique. Mais, en raison du danger que ne présente que trop souvent l'anxieux, soit pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, soit en raison de ses tendances aux mutilations et au suicide, l'isolement et l'internement s'imposent. L'internement et l'isolement seuls permettent de soumettre le malade à un traitement physique et moral, systématique et régulier.

Comme indication symptomatique, MM. Devaux et Logre n'ont pas manqué de signaler l'opium comme le véritable spécifique de l'anxiété. Tous les médecins qui ont appliqué dans la mélancolie anxieuse le traitement par le laudanum à fortes doses, progressivement croissantes, n'ont eu qu'à s'en louer, surtout quand il est associé à la balnéation chaude, ou mieux encore à l'enveloppement dans le drap mouillé. Mais il faut lire tout ce chapitre du traitement pour bien se rendre compte avec quel soin, quelle connaissance du sujet, les auteurs ont exposé cette question si délicate du traitement physique et moral de l'anxiété morbide.

Le volume se termine par un chapitre sur l'anxiété de guerre, que tous ceux — et ils sont nombreux — qui s'intéressent à cette question angoissante des troubles mentaux provoqués par l'horrible fléau qui s'est étendu sur l'Europe depuis plus de trois ans, liront avec le plus vif intérêt; ils y trouveront, résumé en dix-huit pages, le résultat d'une expérience personnelle acquise dans les ambulances de l'avant et les services neuro-psychiatriques d'armée.

M. le D<sup>r</sup> Dupré a voulu présenter cet intéressant ouvrage au public dans une préface que nous avons lue avec le plus vif intérêt. Notre savant confrère fait à grands traits l'historique de l'évolution des idées sur l'anxiété morbide; et il n'y a qu'à le louer sur la majorité des points. Il y a toutefois une de ses assertions qui mérite qu'on s'y arrête.

Voici, en effet, ce que dit M. Dupré à la page VIII de sa préface: « L'étude de l'*anxiété mélancolique*, ébauchée par les anciens, enrichie au milieu du siècle dernier, par les découvertes de J.-P. Falret et de Baillarger, mise au point par les leçons de Magnan et de Séglas, élargie par les recherches de Kraepelin sur la Folie maniaque dépressive, et celles de Hecker, Wilmanns et G. Demy sur la Cyclothymie, constitue maintenant un des chapitres les mieux élucidés de la pathologie mentale. »

La filiation n'est pas douteuse entre les travaux de Baillarger et de J.-P. Falret et ceux, venus longtemps après, de Kraepelin et de Hecker; toutefois, ce ne sont pas les découvertes des deux illustres aliénistes français sur l'*anxiété mélancolique* qui ont inspiré les travaux des médecins aliénistes allemands, mais bien plutôt les découvertes faites par Baillarger de la *folie à double forme* et de la *folie circulaire*, par J.-P. Falret; ces découvertes furent le résultat, non de l'observation minutieuse d'un symptôme, mais de l'étude longuement approfondie de la

marche des maladies mentales. Les Allemands se sont annexé ces découvertes en leur imposant, selon leur habitude, des dénominations nouvelles, que des aliénistes français se sont, hélas! empressés d'accueillir avec faveur. Combien de ces prétendues nouveautés, qui nous sont ainsi venues d'outre-Rhin, n'étaient que des découvertes françaises affublées d'étiquettes nouvelles!

Cette part faite à la critique, nous avons plaisir à citer, en terminant cet article bibliographique, un autre passage de la préface de notre savant confrère. Ce passage sera lu par tous nos collègues avec d'autant plus de satisfaction qu'il augure favorablement de l'esprit qui présidera à l'enseignement du futur professeur de la clinique de maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris.

« L'étude de la psychiatrie allemande, écrit M. Dupré, page xv, suffit d'ailleurs à nous mettre en garde contre l'erreur des généralisations hâtives et démesurées, contre le danger des doctrines schématiques et outrancières, telles que la conception nosologique de la démence précoce ou la théorie du pansexualisme et la méthode de la psycho-analyse, dans l'étiologie et l'étude des psychoses. Ces constructions improvisées, analogues, par l'énormité colossale de leurs masses, aux édifices chers à l'esprit germanique, peuvent en imposer pour un temps, à certains esprits prompts à l'enthousiasme, qui confondent dans les proportions l'énorme avec le grandiose, le gigantesque avec le définitif. »

ANT. RITTI.

*Relazione all'onorevole deputazione provinciale di Milano sul primo anno d'esercizio del reparto ospedale militare di riserva di Mombello.* (Rapport à la députation provinciale de Milan sur la première année de fonctionnement du service de l'hôpital militaire de réserve de Mombello), par le D<sup>r</sup> G. Antonini, médecin-major, directeur de l'asile provincial de Mombello. Busto Arsizio, imprimerie de l'orphelinat civil de garçons, 1917, brochure 36 pages, 4 graphiques.

Ce rapport annuel de ce que nous appelons maintenant en France un centre de psychiatrie dépasse la portée ordinaire de ce genre de documents. Antonini déplore l'indifférence injustifiée du public pour les psychopathes de guerre qui n'ont pas moins vaillamment combattu que leurs camarades blessés ou



malades du front : il dit en termes éloquents les travaux et les fatigues qu'ont eu à supporter nos frères, les soldats d'Italie dans la guerre de tranchées en montagne. Nous nous associons pleinement aux éloges qu'il leur prodigue à si juste titre.

A Mombello, on a « mobilisé sur place » le personnel médical et infirmier, ce qui a permis de faire donner à ce centre tous les résultats qu'on en pouvait espérer. Antonini avait comme médecins traitants Paravicini et Sacchini, ses distingués collaborateurs habituels. Le service fut installé grâce à la munificence de la députation provinciale de Milan dans deux pavillons neufs de l'asile (il en a été de même chez nous pour le centre psychiatrique de la V<sup>e</sup> région dirigé par Rayneau). Là purent être appliqués l'open-door, la clinothérapie, l'ergothérapie, la balnéothérapie ; il y eut même des laboratoires de physiologie pathologique et d'anthropologie.

Le service a hospitalisé 653 malades, il y a eu 517 sorties avec un pourcentage de 50 à 70 p. 100 de guérisons, qui n'est guère atteint même dans les cliniques universitaires ouvertes. C'est que l'armée est déjà un corps sélectionné. Il n'y a eu que 4 morts. Les réformés ont été rendus à leur famille ou envoyés aux asiles départementaux. 313 malades vinrent de la zone des armées, 290 du territoire national, 40 ont été mis en observation à la demande des conseils de revision, 4 appartenaient aux gardes des cités et 6 étaient des ouvriers militarisés. Antonini a toujours laissé 50 lits vacants pour parer à toutes les éventualités.

Les cas les plus nombreux furent ceux de confusion mentale (97 formes légères presque toutes terminées par guérison, 25 graves et compliquées d'hallucinations). On sait que la confusion mentale a été la forme la plus fréquente des psychoses de guerre comme l'avaient déjà signalé les psychiatres russes lors de la guerre russo-japonaise ; 83 cas ressortissaient aux dysthymies dépressives et lypémaniaques, beaucoup furent de très courte durée. Il n'y a eu que 16 cas de manie vraie et 13 de psychose à double forme, elles s'étaient déjà manifestées avant le début de la campagne ; 46 se rattachent à la neurasthénie ; les cas d'hystérie furent bien peu nombreux, car on les évacuait plutôt sur le centre neurologique du professeur Medea ; dans la pathogénie de quelques-uns de ces cas figuraient (11 fois) l'émotion et la commotion. 77 épileptiques appartenaient à toutes les formes de la maladie telle qu'on la comprend en Italie et donnèrent lieu aux difficultés de diagnostic les plus

variées. Antonini et ses collaborateurs, tout en reconnaissant la valeur des stigmates et des signes psychiques ou physiques de dégénérescence chez les épileptiques, n'admettaient l'authenticité de la névrose que lorsqu'ils avaient eux-mêmes constaté une attaque, un équivalent ou un état de petit mal.

Le service n'a reçu que très peu d'hébéphréniques, quelques catatoniques, 55 déments précoces paranoïdes, quelques-uns étaient des prévenus. 54 cas de faiblesse intellectuelle ont été soumis à l'examen d'Antonini; la plupart n'avaient que peu ou pas de stigmates physiques de dégénérescence, c'étaient des dégénérés supérieurs, des déséquilibrés moraux. 62 alcooliques ont été traités à Mombello. C'étaient surtout au début de la campagne des ouvriers de ville déjà d'âge mûr chez lesquels les émotions et les libations de la mobilisation avaient provoqué des accidents aigus ou subaigus de psychose toxique. Depuis que le front s'est stabilisé, les évacuations pour alcoolisme sont devenues rares. Enfin, les auteurs ont vu 14 cas d'encéphalopathies dues à l'artério-sclérose et à la syphilis et seulement 4 cas de paralysie générale.

Au point de vue de la réforme, dit Antonini, on doit surtout s'inspirer des intérêts de l'armée qui doit garder toutes les valeurs utiles à la défense nationale et éliminer tous les éléments dangereux moralement ou physiquement.

Au point de vue du traitement, je ne constate que deux points à signaler: le régime diététique des soldats malades est celui donné par le règlement au personnel de l'asile de Mombello. C'est-à-dire qu'il est plus riche que celui des aliénés ordinaires, parce que Antonini considère que les évacués du front ont surtout besoin de refaire leur organisme épuisé. Le service chirurgical fut assuré par les chirurgiens du centre de Milan et le service dentaire par Sacchini. Les tuberculeux étaient envoyés à l'asile provincial.

L'auteur termine son rapport en montrant comment étaient remplis dans son service les détails de l'organisation prescrite par les règlements pour les entrées, sorties, transfèrements, ainsi que pour le fonctionnement journalier du service.

L. WAHL.

*Automatisme et suggestion*, par le Dr H. Bernheim, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nancy. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque philosophique contemporaine*. Paris, F. Alcan, éditeur, 1917.

Dans ce livre, M. Bernheim expose la doctrine psychologique que ses études sur l'hystérie et l'hypnotisme l'ont conduit à édifier.

En une suite de chapitres, il étudie l'automatisme dans les phénomènes de la vie végétative, dans les phénomènes psychiques, les rêves, le somnambulisme spontané et les états liés à l'hypnotisme. Pour lui, l'automatisme pur n'existe réellement que dans le domaine de la vie végétative. Il n'admet ni la dualité psychique de Grasset, ni le rétrécissement de la conscience de Pierre Janet, sans dire, toutefois, comment lui-même résout le problème de la conscience. Sans doute, dans les opérations psychiques, quelles qu'elles soient, l'automatisme joue un rôle plus ou moins important, mais la conscience n'est jamais complètement absente. « Cet automatisme est inspiré par une âme qui s'y associe étroitement, qui le fait jouer et en modifie sans cesse le jeu, de façon qu'il reflète toujours l'être conscient dont il est l'expression... La cérébration active et libre ne peut se séparer de la cérébration passive, sans contrôle ni volonté. Entre l'idéation dirigée par un contrôle parfait, une initiative absolument libre, et celle dirigée par l'automatisme spontané et sans volonté, on observe tous les intermédiaires. »

Nous avons tenu à citer ces passages, où la pensée de l'auteur est exprimée plus clairement que nous n'aurions pu le faire. Quant à la suggestion, elle est dans tous nos actes; c'est notre déterminisme. C'est à tort que l'on trouve trop compréhensive cette conception de la suggestion; ce n'est que parce que ce mot, pour beaucoup d'esprits, est lié à celui d'hypnotisme. « Qu'elle soit évoquée spontanément conforme à la mentalité du sujet, native ou développée par l'éducation ou l'imitation, qui ne sont que des suggestions antérieures; qu'elle vienne du dehors par la parole, l'écriture, ou par une impression sensorielle, toute idée acceptée est, en réalité, une suggestion. » Tel est le principe directeur des chapitres derniers, où sont étudiés successivement la responsabilité morale, les psychonévroses, l'hystérie et la psychothérapie. La doctrine de la suggestibilité est incompatible avec la croyance au libre arbitre absolu. Les psychonévroses sont des représentations mentales ou autosug-

gestives entretenues par le psychisme. La suggestion thérapeutique peut revêtir de nombreuses formes; elle ne s'adresse pas à l'automatisme du sujet, mais à son esprit conscient.

A. CULLERRE.

---

*Manuel de Psychiatrie*, par le Dr J. Rogues de Fursac, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des Asiles de la Seine, expert près les tribunaux, 5<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-18, Paris, Félix Alcan, éditeur, 1917.

Cet ouvrage est divisé en deux parties.

Dans la première, consacrée à la Psychiatrie générale, sont traitées l'étiologie, la séméiologie, les questions de pratique médico-légale et de thérapeutique générale. J'ai particulièrement apprécié le chapitre où sont étudiés les troubles des perceptions, les illusions et les hallucinations; l'extrême complexité de ces phénomènes y est exposée avec une grande clarté, quoique sous une forme concise.

La seconde partie comprend l'étude des syndromes spéciaux. L'auteur a adopté la classification kraepelinienne à laquelle il reconnaît une supériorité pratique sur ses devancières. Soit; mais j'aurais souhaité qu'il la francisât. On trouverait certainement des vocables adéquats à ceux de *Démence précoce* et de *psychose maniaque dépressive* qui, en français, outragent tour à tour le bon sens et le génie de la langue. Six chapitres sont consacrés aux psychoses infectieuses et toxiques, d'épuisement et d'auto-intoxication; dans ces dernières, signalons le délire urémique, la psychose polynévritique et les psychoses d'origine thyroïdienne. Dans les sept chapitres suivants sont décrites les formes fondamentales de la psychiatrie. Trois autres sont consacrés aux troubles mentaux liés à l'épilepsie, à l'hystérie et aux arrêts de développement cérébral. Enfin, le dernier, qui ne comprend pas moins de quarante pages, est une nouveauté dont il faut louer l'auteur sans réserves. Il traite des psychoses de guerre, sujet d'actualité s'il en fut, qu'il importait de débrouiller et de mettre au point en le dégageant de l'amas de nuages accumulés autour de lui par les incompetents et les psychiatres improvisés.

Cette édition nouvelle du Manuel de M. Rogues de Fursac est la cinquième; il a donc conquis la faveur du public auquel

il s'adresse. Le constater est certainement le meilleur éloge qu'on en puisse faire.

A. CULLERRE.

---

*Mental pitfalls of Adolescence* (Les écueils mentaux de l'adolescence); par H. S. Stedman, M. D.; Brookline, Mass.; brochure in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 16 novembre 1916.

Dans cette conférence populaire, l'auteur essaye une rapide esquisse de l'histoire de la folie simple qu'il désigne, suivant la terminologie à la mode, sous le vocable de démence précoce, en insistant principalement sur l'étiologie, le traitement et la prophylaxie.

Beaucoup de troubles mentaux de l'adolescence, ce dernier terme étant pris dans une acception assez large pour englober tous les individus de quinze à trente ans, échappent à la statistique, car les formes atténuées ne nécessitent pas la séquestration; elles sont probablement plus nombreuses qu'on n'est disposé à le croire, et cependant, on peut affirmer que, des quinze mille aliénés que contiennent les asiles du Massachusetts, la grande majorité appartient à la démence précoce.

Après avoir décrit sommairement quelques types cliniques, insisté sur certains prodromes, appelé l'attention sur l'importance que prend, à ce point de vue, l'humeur solitaire, un caractère renfermé, l'inaptitude à s'adapter au milieu social, il énumère les principales causes émotionnelles auxquelles succombent les prédisposés. Il fait ressortir l'importance prophylactique d'une éducation physique bien comprise : il faut, selon le précepte de Clouston, fabriquer des os, de la chair et des muscles; réprimer les tendances artistiques et imaginatives prématurées; diriger et discipliner les pensées et les actes, laisser le cerveau en jachère le plus longtemps possible. L'hygiène et la prophylaxie sont d'autant plus efficaces, pour prévenir la démence précoce, qu'elle est une affection provenant d'un développement irrégulier et désharmonique du cerveau. Prise à temps, elle guérit quelquefois, s'améliore souvent, et, dans les cas restants, sa marche peut être retardée et ses manifestations atténuées.

A. CULLERRE.

---

# VARIÉTÉS

## LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

*Citations.* — Nous avons à enregistrer les citations obtenues par trois de nos collaborateurs : la première, par M. le médecin principal Chavigny, dont nous publions un important mémoire dans ce numéro :

« M. CHAVIGNY (Paul), médecin principal de 2<sup>e</sup> classe, médecin chef du Centre médico-légal de Nancy : médecin de la plus grande valeur, qui apporte dans la défense contre les gaz toxiques le concours précieux de son savoir, de son dévouement inlassable et de son courage. Visite, plusieurs fois par semaine, les premières lignes, et se porte, au mépris de tout danger, partout où des émissions gazeuses sont signalées. S'est particulièrement distingué au cours d'une enquête périlleuse qu'il a faite, le 8 avril 1917, à la suite d'une émission de gaz. »

La seconde a été obtenue par le personnel d'une ambulance dont M. le D<sup>r</sup> Voivenel est le chef.

« Le général commandant le corps d'armée cite à l'ordre du corps d'armée, l'Ambulance 15/6 : grâce à l'habile direction de M. le médecin-major de 2<sup>e</sup> classe VOIVENEL et au dévouement d'un personnel bien instruit par ce même médecin, a su faire face à une situation grave et est parvenu à donner les soins nécessaires, en un temps très court, à près de 1300 militaires intoxiqués ou vésiqués par les gaz de l'ennemi. »

La troisième a été décernée à M. le D<sup>r</sup> Arsimoles, médecin-adjoint des asiles.

« Le général commandant de la 42<sup>e</sup> division cite à l'ordre de la division M. ARSIMOLES, Louis, médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe du 61<sup>e</sup> régiment d'artillerie : Déjà cité pour son dévouement aux blessés sur les positions de batteries de Verdun et de la Somme, s'est offert à nouveau lors des combats du 3 au 26 avril 1917, pour assurer le service des batteries de tir sur la ligne de feu, répondant immédiatement au premier appel, n'hésitant pas devant le danger, s'est acquis de nouveaux titres à l'estime et à la reconnaissance de tout le personnel de son groupe. »

Nous reproduisons en outre, et avec un vif plaisir, les cita-

tions obtenues par les deux fils de notre excellent collègue, M. le D<sup>r</sup> H. Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

1<sup>o</sup> « COLIN (Pierre-André), brigadier au 271<sup>e</sup> d'artillerie de campagne : Brigadier très énergique. Dans la nuit du 16 au 17 août, sous un bombardement violent de 150 et d'obus suffocants, a assuré, en conduisant personnellement son équipe avec un mépris absolu du danger, la réparation des lignes téléphoniques fréquemment coupées et a permis ainsi la liaison constante avec le poste de commandement de groupe. » (Croix de guerre.)

2<sup>o</sup> « COLIN, Jean, caporal au 146<sup>e</sup> régiment d'infanterie; a conduit des patronilles devant les lignes et a placé des défenses accessoires en avant des tranchées sous le feu de l'ennemi. » (Croix de guerre.)

*Morts.* — On lit dans *le Temps* (n<sup>o</sup> du mercredi 24 octobre 1917).

« Le sergent aviateur Jean Régis, de l'école d'aviation de Châlons-sur-Marne, fils du professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, s'est tué en atterrissant, à Lignerelles (Yonne), à la suite d'une panne de moteur.

« Le corps de l'infortuné aviateur a été transporté à l'hôpital d'Auxerre. »

Cet affreux malheur a profondément impressionné les nombreux amis de notre excellent collègue, le professeur Régis. Les *Annales* qui le comptent parmi leurs plus anciens collaborateurs, lui adressent, ainsi qu'à M<sup>me</sup> Régis, l'expression la plus sincère de leurs douloureux sentiments de condoléance.

#### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> URQUHART. — Le 31 juillet dernier, mourait à Eastbourne, à l'âge de soixante-cinq ans, un des aliénistes les plus justement réputés d'outre-mer, le D<sup>r</sup> Alexander Reid Urquhart, membre associé étranger de notre Société depuis le 26 décembre 1892.

Il était de souche écossaise et sa carrière s'écoula presque tout entière dans la vieille cité de Perth. Nommé, à l'âge de vingt-huit ans, médecin superintendant du James Murray's Royal Asylum, il exerça avec autorité ces fonctions jusqu'au jour où le mauvais état de sa santé le contraignit à une retraite prématurée.

Co-éditeur du *Journal of Mental Science* de 1894 à 1911, président de la Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland en 1898-99, professeur au Royal College of Physicians d'Edimbourg, le D<sup>r</sup> Urquhart a publié de nom-

breux et intéressants travaux. Mais je tiens surtout à dépeindre l'homme que j'ai connu, et auquel j'avais voué une sincère affection.

C'était une nature fine et loyale. Son abord accueillant, son commerce agréable, sa rare bonté imposaient l'estime et appelaient l'amitié. Fort lettré, il recherchait les occasions de s'instruire davantage. Ce fut un de nos amis de la première heure, et il connaissait les sites et les monuments de la France mieux que beaucoup de Français, se plaisant à parcourir les régions illustrées par la naissance ou la vie d'un homme célèbre. C'est ainsi que la lecture des *Essais* de Montaigne le conduisit à visiter les vieux châteaux du Périgord. Puis il dut fréquenter nos stations minérales, et je le rencontrai plusieurs fois à Aix-les-Bains. La guerre le surprit à Vittel. Arrivé à Paris dans les premiers jours du mois d'août 1914, il fut obligé d'y séjourner, dans une maison de santé, en attendant la possibilité de regagner l'Angleterre. Je le trouvai vieilli et fatigué. Depuis, j'ai reçu de lui plusieurs lettres où il parlait de ses fils, engagés de la première heure, de sa santé chancelante et de son espoir de voir bientôt luire, pour nos deux pays, l'aube des jours meilleurs. Il est mort trop tôt.

Notre première rencontre eut lieu à York, en juillet 1892. Invité aux fêtes du Centenaire de la Retraite, j'avais, évoquant les grands noms de Pinel et de Tuke, rappelé les luttes fratricides qui mirent aux prises Anglais et Français, et affirmé que notre livre de guerre étant clos pour toujours, une amitié indissoluble devait désormais nous unir. Urquhart partageait cette conviction, que certains peut-être qualifiaient de chimère, et il me demandait s'il ne serait pas possible de réunir de temps à autre, en une session amicale et scientifique, les aliénistes des deux pays. L'heure n'était pas encore propice à la réalisation d'un tel projet, mais les temps ont changé. Les Congrès internationaux ont vécu, du moins dans le cycle de notre génération. Autrefois, la lutte terminée, les ennemis de la veille pouvaient se réunir et converser avec sérénité. Mais il ne s'agit plus d'une lutte loyale; c'est la ruée sauvage, soudaine et préméditée, d'une horde de baudits qui assassinent, de propos délibéré, les femmes et les enfants, et n'épargnent même pas les neutres. Hypocrites et sacrilèges, ils invoquent un vieux Dieu allemand, complice de leurs méfaits. Tous, en Bochie, ont acclamé cette guerre, la croyant facile et courte, et productrice de richesses. Si certains ont déchanté et font étalage aujourd'hui d'idées pacifiques, ils n'en sont pas moins responsables des incendies, des pillages, des massacres et des viols. Pourrions-nous désormais discuter amicalement avec eux? Non, jamais.

Les Congrès internationaux étant impossibles, nous serons



amenés à nous réunir entre alliés, et le rêve de mon ami Urquhart deviendra sans doute, à une date plus ou moins prochaine, une réalité.

RENÉ SEMELAIGNE.

D<sup>r</sup> A. LAURENT. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> A. Laurent, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, décédé à Rouen, le 10 octobre 1917, dans sa quatre-vingt-sixième année.

Laurent (Armand-Victor-Antoine) naquit à Strasbourg, le 24 mai 1832. Son père, fonctionnaire de l'Etat, ayant été nommé à Avignon, c'est au lycée de cette ville que notre confrère fit ses études. Après avoir passé ses deux baccalauréats, il alla faire ses études médicales à la Faculté de Montpellier. Etudiant laborieux et zélé, il cherchait à étendre toujours plus loin le champ de ses connaissances. Cette curiosité le conduisit à l'étude des maladies mentales : il obtint la place d'interne de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), où sous la direction de son chef de service, le D<sup>r</sup> Geoffroy, il s'initia aux difficultés de l'observation clinique des aliénés. Il eut la douleur de voir assassiner sous ses yeux son maître, le 23 avril 1857, à la visite du matin, par un épileptique halluciné. En publiant quelques années après l'observation de ce malade, Laurent a raconté cette scène tragique. (*V. Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, t. I, p. 216.)

Notre confrère soutint, en 1859, sa thèse de doctorat; elle était intitulée : *Quelques considérations sur la diarrhée chez les aliénés*. Nommé peu après médecin adjoint des asiles de la Seine-Inférieure, il fut successivement attaché à l'asile de Quatremares, sous la direction du D<sup>r</sup> Dumesnil, et à l'asile Saint-Yon, dont l'illustre Morel était alors médecin en chef.

Pendant ses cinq années d'adjuvat Laurent publia plusieurs mémoires importants et justement estimés. Rappelons les deux suivants : *Quelques observations relatives à l'influence qu'exerce la musique sur les aliénés* et *De la physionomie chez les aliénés*. Ce dernier travail a été très apprécié et mérite toujours d'être consulté.

Notre confrère fut appelé, en 1865, à la direction médicale de l'asile de Marseille. C'est là qu'il mit la dernière main à l'ouvrage dont il avait réuni les matériaux pendant ses années d'adjuvat; il parut, en 1866, sous le titre : *Etude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins-experts, des magistrats et des jurisconsultes*. Cette monographie, à tous égards excellente, reçut le meilleur accueil, non seulement en France, mais encore à l'étranger. Le département médical du ministère de l'Inté-

rieur russe fit publier à ses frais la traduction de cet ouvrage et a chargé le Dr Paul Jacoby de l'annoter.

Il y a un demi-siècle que cette importante « Etude » a paru et elle n'a rien perdu de sa valeur. Les médecins légistes peuvent encore la lire avec fruit; ils y trouveront une exposition claire et précise de la question avec de nombreux documents et rapports médico-légaux. C'est que son auteur était un clinicien d'une rare sagacité, d'une érudition très étendue et qui unissait à des connaissances approfondies en pathologie mentale une grande habileté à manier les aliénés.

Laurent publia, la même année, dans les *Annales médico-psychologiques* un intéressant travail sur *Les bains sinapisés dans le traitement de la folie* et l'année suivante, un curieux *Cas de délire aigu produit par la présence d'un ascaride lombricoïde dans l'œsophage*.

Notre confrère ne resta que peu de temps à Marseille; il fut, en effet, nommé, dans le courant de l'année 1867, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse). Ce fut sa dernière étape dans le service des aliénés.

On sait combien est anormale l'organisation de nos établissements spéciaux dans lesquels existe la séparation de deux fonctions, médicale et administrative; elles n'y sont pas nettement délimitées; de là de fréquents et inévitables empiètements de l'une sur l'autre, et, en particulier, de l'administration sur la médecine, au point qu'on a vu fréquemment, et qu'on voit encore, des directeurs se mêler des questions médicales. De là des luttes souvent très vives et des plus pénibles pour le médecin que préoccupe avant tout l'intérêt des malades.

Laurent se trouva, dans son nouveau poste, aux prises avec des difficultés de ce genre. Il lutta, mais il fut vaincu. Il quitta le service des aliénés non sans regret, mais sans esprit de retour, et vint s'installer à Rouen, où il ne tarda pas à se faire une situation médicale enviable.

Dans le numéro d'octobre-novembre 1912 des *Annales*, nous avons, à propos de la médaille commémorative de 1870 avec agrafe qui lui fut décernée, rappelé les services signalés que rendit notre confrère pendant l'année terrible, l'activité qu'il déploya pour organiser à Rouen le bureau municipal d'hygiène, etc. Il fut aussi un des apôtres de la lutte contre l'alcoolisme et de l'éducation de l'enfance arriérée.

Au milieu de cette activité qu'il dépensait à la création d'œuvres de médecine sociale, Laurent revenait volontiers aux études qui l'avaient charmé autrefois, et quand l'occasion s'en présentait, il s'y livrait de nouveau avec ardeur. Ainsi, il n'avait jamais perdu le contact avec ses anciens collègues et avec les nouvelles générations d'aliénistes. Il ne manquait

jamais de venir assister, quand le temps le lui permettait, soit aux séances de la Société médico-psychologique, dont il était membre correspondant depuis le 28 juillet 1862, soit à nos Congrès annuels. C'est ainsi qu'il vint, au Congrès international de médecine mentale de 1889, lire une communication sur un cas de paralysie générale; qu'au Congrès d'Amiens de 1911, il présenta un mémoire sur l'arriération mentale et la démence précoce.

Dans ces dernières années, se trouvant avoir plus de loisir, il fut heureux de reprendre sa place au milieu des collaborateurs des *Annales*, auxquelles il fournit des revues critiques qui furent très goûtées et des analyses bibliographiques qui se caractérisaient par la rectitude du jugement et de véritables qualités de style. Il nous avait promis d'autres articles, car malgré ses quatre-vingts ans, il paraissait plein de santé et d'activité, lorsque la maladie le terrassa et le condamna au repos.

Après quelques années de souffrances, il s'éteignit, laissant à tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un confrère dévoué à la science et dont les travaux de médecine mentale occupent une place distinguée dans notre spécialité. ANT. RITTI.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de Médecine a tenu sa séance annuelle, le mardi 11 décembre 1917, sous la présidence de M. Hayem, vice-président.

Parmi les nombreux prix et récompenses décernées, nous relevons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX CIVRILUX. — 800 francs. — Question : *Les réflexes d'automatisme médullaire.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> Charles FOIX, de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> J. TINEL, Hôpital temporaire n° 16, Le Mans : *Les blessures des nerfs.*

Une mention très honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> Stéphen CHAUVET, de Paris : *L'infantilisme hypophysaire, précédé d'une introduction à l'étude des infantilismes et d'une classification des syndromes hypophysaires.*

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable à MM. les D<sup>rs</sup> PUILLET et MOREL, de Paris.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> LÉVY-DARRAS, de Paris : *La psychose d'influence*.

Une mention très honorable est accordée à MM. les D<sup>rs</sup> DEVAUX (de Neuilly-sur-Seine) et LOGRE, de Paris : *Les anxieux*.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets de prix proposés pour les années 1918, 1919 et 1920. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la médecine mentale pour les deux premières années (V. le numéro de janvier 1916, p. 128, et janvier 1917, p. 136); voici celles proposées pour 1920 :

PRIX BAILLARGER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrée aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et, au besoin, par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX DU BARON BARBIER. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs.

Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage

interdit. — 800 francs. — Question : *Etude des troubles visuels d'origine cérébrale dans les traumatismes de guerre.*

PRIX LEFÈVRE. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 2.000 francs. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX POURET. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : *Psychologie du tremblement.*

**DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA DÉPRESSION MENTALE DES SOLDATS. — L'EXAMEN SCIENTIFIQUE DE LA VALEUR MENTALE DES RECRUES, TANT POUR L'ARMÉE DE TERRE QUE POUR LA MARINE, MONTRERA SI ELLES SONT CAPABLES DE RÉSISTER AUX FATIGUES DE LA GUERRE.**

Sous ce double titre, le *New York Times Magazine* du 24 juin 1917, annexe du plus important journal de New-York, a publié un article qu'il n'est pas sans intérêt de faire connaître ici et qui montre le soin que nos grands alliés des Etats-Unis mettent à préparer une armée capable de faire face énergiquement aux efforts que demande la guerre actuelle.

Il faut, dit cet article, que les hommes, rendus par leur état mental impropres au service militaire, en soient éliminés d'emblée par des Commissions de médecins spécialement exercés au diagnostic et au traitement de toutes les formes d'instabilité nerveuse. La constatation de ce qui s'est passé dans les grandes guerres récentes, notamment la guerre russo-japonaise et celle des Boxers, où les cas d'aliénation mentale furent particulièrement nombreux, montre l'importance extrême de cette sélection ; et elle est encore plus hautement mise en évidence par les faits de la guerre actuelle. Nombre d'hommes ont présenté du trouble mental allant du dérangement le plus simple jusqu'à l'aliénation mentale la plus complète. Il a fallu d'urgence constituer pour eux des centres d'observation et de traitement qui sont devenus des parties indispensables du Service de Santé.

Cette situation a été due en partie à ce qu'on avait enrôlé dans les troupes des individus impropres soit à se plier à la discipline militaire, soit à résister aux ébranlements de la ligne de feu. Or, la présence de ces individus au milieu des armées combattantes peut constituer pour elles un double danger, tant pour la désastreuse influence exercée par les malades sur le moral de leurs camarades, que par la réduction du nombre des

hommes, résultat inévitable de l'élimination nécessaire de ces non-valeurs. Dans les moments critiques, leur présence au milieu des combattants peut être néfaste. Au contraire, en restant au milieu de la population civile, ils peuvent continuer d'y rendre des services et contribuer pour leur part au succès des armées en campagne.

Nos alliés des Etats-Unis se sont organisés avec soin pour faire face aux nécessités ainsi établies. L'organisation a été placée sous la direction générale du Dr Thomas W. Salmon, et le Dr Pearce Bailey, de New-York, a été désigné pour présider la Commission médicale chargée d'équiper les hôpitaux ou ambulances qui y sont spécialement affectés (1).

Voici des extraits d'une lettre adressée, à ce sujet, par le Dr Pearce Bailey, au *New York Times Magazine* :

« Aussitôt après la déclaration de guerre, un rapport fut adressé au directeur général du Service de Santé par une Commission qui avait été chargée spécialement d'étudier la nécessité d'adjoindre des formations neuro-psychologiques aux formations sanitaires ordinaires, et, sur le vu de ce rapport, nous reçûmes la mission d'organiser et d'équiper ces formations spéciales. Chaque unité doit comprendre trente lits, confiés à deux aliénistes et à un neurologue avec un personnel d'infirmiers et d'employés expérimentés pour leur service. Chacune d'elles doit être pourvue d'installations spéciales hydrothérapiques et électriques. L'équipement hydrothérapique doit permettre de donner des bains prolongés et des douches de toute nature et de toute force. On se propose d'y ajouter aussi des moyens de rééducation mentale confiés à des spécialistes. Les médecins de ces unités devront tous être d'une compétence éprouvée dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.

« Le travail des unités commencera dans les camps de préparation militaire et consistera à éliminer les recrues impropres au service. Il est bien reconnu depuis longtemps que les individus qui ont des infirmités physiques ne peuvent faire de bons soldats. Il n'est pas aussi bien reconnu, quoique cela soit également vrai, que les hommes qui ont des tares mentales ou nerveuses, de quelque nature que ce soit, ne sont pas plus que les infirmes ordinaires bons pour le service militaire. Les médecins des unités psycho-neurologiques devront s'appliquer à dépister les recrues de cette catégorie et notamment celles qui

---

(1) Cette Commission est composée de vingt membres choisis parmi les aliénistes et les neurologistes les plus éminents des Etats-Unis. Parmi eux, nous remarquons spécialement le nom du Dr Alder Blumer, de Providence, un grand ami de la France, où il a été élevé!

seraient atteintes d'épilepsie, d'alcoolisme, de paralysie générale ou d'autres défectuosités mentales importantes; celles qui présenteraient de l'instabilité mentale ou nerveuse. Il est d'une importance capitale que quiconque a précédemment présenté dans cet ordre de choses une santé imparfaite soit exclu des enrôlements. Quelques individus ainsi tarés, incorporés dans une compagnie, seraient susceptibles de désorganiser la discipline de la compagnie tout entière.

« Le nombre des hommes réunis dans les camps d'instruction sera si grand qu'il sera impossible aux médecins experts d'examiner chacun d'eux en particulier; mais on devra leur signaler tous ceux qui présenteraient des signes de trouble nerveux ou mental, tous ceux qui paraissent incapables de s'adapter à leur nouvelle situation; on en agira de même à l'égard de ceux qui sont enclins à l'indiscipline ou que leurs chefs sont obligés de réprimander souvent.

« On peut se demander s'il n'y en aura point qui simuleront des maladies nerveuses pour se faire exempter du service? Il s'en présentera certainement; mais il est à présumer que les médecins experts n'auront pas de peine à dévoiler leur simulation. Mais ce qu'il faut bien envisager, c'est que quiconque donne des signes de maladie mentale ou nerveuse n'est pas pour cela un simulateur.

« La surveillance ainsi établie au point de départ continuera lorsque les armées se mettront en campagne. Les formations sanitaires spéciales auront à suivre de près les cas de maladie mentale développés sur la ligne de feu ou qui auraient à ce moment manifesté une existence jusque-là non soupçonnée. Il est très important que les médecins spécialistes interviennent promptement dans les cas de ce genre, sinon seulement pour assurer le mieux possible les chances de guérison, mais même pour permettre à un certain nombre de ces malades, peu gravement atteints, de reprendre du service.

« Ceux qui ne pourront pas guérir promptement quand ils seront en campagne seront ramenés dans la mère patrie où l'on aura à pourvoir aux besoins qui les concernent. La Commission nationale d'hygiène mentale s'en occupe; les malades seront, suivant leur état, répartis dans des centres où tout sera organisé pour leur traitement, leur convalescence et au besoin leur rééducation, c'est-à-dire leur retour à une vie aussi normale que possible.

« Il a été répondu de manière admirable aux appels faits pour mener à bonne fin cette tâche. Les hôpitaux et asiles de tous les pays ont généreusement rivalisé d'empressement pour offrir leurs hommes, leurs médecins spéciaux, leurs infirmiers. Ils l'ont fait sans se préoccuper ni des difficultés qu'ils auraient à

combler les vides ainsi créés ni les lourds sacrifices de toute sorte qui pourraient en résulter pour eux. Comme bel exemple de ce qui a été ainsi fait, on peut citer l'asile public de Massachusetts qui a offert au Comité les services de soixante-six médecins spécialistes.

« Constatons en dernier lieu que tout ce qui a été fait pour l'armée de terre l'a été également pour la marine. »

### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

*Un étrange bolide.* — Sous ce titre le *Petit Journal* (numéro du vendredi 6 juillet 1917) publie le fait suivant :

Passant faubourg Saint-Antoine, deux dames entendaient les cris des passants qui leur disaient de se garer. Elles n'en firent malheureusement rien et reçurent sur la tête une malle tombant du quatrième étage. M<sup>mes</sup> Darbois, vingt-sept ans, 17, rue Faidherbe, et Chaumel, 32, rue de la Forge-Royale, ont été grièvement blessées par cet étrange bolide qu'un locataire, un fou, venait de lancer par la fenêtre. Les blessées sont à Saint-Antoine, où l'on constata que M<sup>me</sup> Darbois avait le crâne fracturé. Elle est dans le coma.

*Mysticisme macabre.* — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 6 juillet 1917) :

Habitant ensemble une chambrette, au 4 de la rue de Montmorency, les sœurs Duchartier, Anne, soixante-sept ans, et Marie, soixante-cinq ans, ne s'étaient jamais quittées. L'aînée mourut le 29 juin. Sa cadette, dont la raison est chancelante, voulant conserver la morte, n'alla pas déclarer le décès à la mairie ; elle revêtit la défunte d'une robe de bure, alluma des cierges, et pensant empêcher la décomposition du corps, l'arrosait du soir au matin. Au bout de quatre jours l'odeur était devenue si atroce, que force fut à la démente d'aller faire sa déclaration. La morte a été enterrée hier.

*Triple tentative de meurtre et suicide.* — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du lundi 9 juillet 1917) :

Dans un accès de folie furieuse, M. Dufour, soixante-dix-sept ans, rentier, rue Leneveu, armé d'un revolver, tire sur sa femme âgée de soixante-quinze ans, puis sur la sœur de celle-ci, M<sup>lle</sup> Bisson, ainsi que sur une voisine, M<sup>me</sup> Vincent, puis il se loge une balle dans la bouche et se tue. Sa femme est à Cochin dans un état grave et les deux autres victimes ne sont pas sérieusement atteintes.

*Une aliénée étrangle son fils.* — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 15 juillet 1917) :

Des agents et des passants arrêtés devant le n° 1 de la rue



Allent regardaient, hier soir, vers cinq heures, avec une curiosité non exempte d'appréhension, une femme paraissant en proie à une crise de folie furieuse et qui gesticulait en montant sur le rebord de sa fenêtre située au deuxième étage. On la vit soudain sortir ses meubles et sa vaisselle et lancer le tout dans la rue. Les gardiens montèrent alors chez la démente et la conduisirent à l'infirmerie spéciale. C'était M<sup>me</sup> Michailaïdès, née Andienechi, âgée de trente-deux ans, exerçant le métier de tailleur pour dames.

Quand M. Michailaïdès rentra chez lui, vers huit heures, on le mit au courant de l'infortune qui l'atteignait dans la personne de sa femme. Aussitôt, le mari s'enquit du sort de son fils, âgé de huit ans.

— Si ma femme est devenue folle, qu'a-t-elle fait de mon enfant ! s'écriait M. Michailaïdès.

On chercha partout le petit garçon sans retrouver sa trace. Mais dans le courant de la soirée, le père, en cherchant du linge qu'il devait faire parvenir à la démente, souleva le couvercle d'une malle et recula épouvanté ! Le cadavre de son fils gisait là, la figure noire et convulsée. Le pauvre enfant avait été étranglé par sa mère au cours de son accès de folie.

Le petit cadavre a été envoyé à la Morgue. Les voisins que nous avons interrogés à la suite du drame sont d'accord pour déclarer que M<sup>me</sup> Michailaïdès adorait son petit garçon.

*Homicide et suicide.* — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mardi 31 juillet 1917) :

Un mécanicien, M. Henri Samy, quarante-trois ans, demeurant : 13, rue Baillon, qui, depuis quelque temps, donnait des signes de dérangement cérébral, a, hier matin, enfermé sa femme, Henriette, trente-six ans, et une voisine, M<sup>me</sup> Julie Baillet, trente-deux ans, dans une chambre située au cinquième étage de l'immeuble. Pris soudain de folie furieuse, il a tué à coups de couteau M<sup>me</sup> Baillet et a blessé grièvement sa femme avec la même arme. Ensuite il s'est tué en se tranchant la gorge. M<sup>me</sup> Samy est hospitalisée à Broussais.

#### CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIMUM

*Arrestation de trafiquants de stupéfiants.* — On lit dans *le Petit Journal* (n<sup>o</sup> du mardi 2 octobre 1917) :

Une bande de trafiquants de cocaïne, parmi lesquels se trouvent des déserteurs, vient d'être arrêtée par M. Tanguy. Le premier d'entre eux, Louis Lertera, vingt-deux ans, a été arrêté dans un bar, rue Daunou. Il avait sur lui 27 paquets de coco et des papiers militaires faux, qu'il tenait

d'un complice, Maurice Oudinet, vingt-cinq ans, demeurant : 146, avenue Parmentier. Oudinet fut arrêté peu après, ainsi qu'un autre déserteur, Léon Laisne, vingt-sept ans, de qui Lertera avait déclaré tenir le stupéfiant. Lorsque Laisne fut appréhendé, 29, rue Monge, il avait sur lui une vingtaine de paquets de cocaïne. Enfin, une femme qui était en relations avec la bande, Marcelle Charpentier, vingt-deux ans, demeurant : 3, rue Champollion, a été aussi arrêtée. On a trouvé chez elle dix-sept paquets de cocaïne.

— On lit dans *le Petit Journal* (n° du jeudi 11 octobre 1917) :

Léopold-Hector Gérard, vingt et un ans, soldat de la 20<sup>e</sup> section, a été arrêté, hier, boulevard Montmartre, par des inspecteurs de la Sûreté, au moment où il offrait de la cocaïne à un individu qui a aussitôt pris la fuite. Fouillé, il a été trouvé porteur d'une somme de 300 francs, de 23 paquets de cocaïne et de morphine. Il a été envoyé au Dépôt.

— On lit dans *le Petit Journal* (n° du vendredi 26 octobre 1917) :

Grâce à une surveillance établie dans divers restaurants et bars du faubourg Montmartre, suivant les instructions du nouveau commissaire du quartier, M. Boulanger, deux trafiquants de morphine et cocaïne viennent d'être arrêtés. Ce sont les nommés Maurice Garcin, vingt-deux ans, réformé après blessure, ancien chasseur de brasserie, demeurant : rue Claude-Vellefaux, et André Monailly, dix-huit ans, demeurant en garni, rue de Clignancourt.

L'enquête permit de savoir que des relations avaient existé entre ces deux individus et un sieur L..., ayant demeuré rue Balzac, et dont la mort, survenue au début de l'année, est due à une injection trop forte de morphine. Elle a permis également de trouver leur fournisseur de poison, un nommé Grand Charles, qui vient d'être arrêté par les inspecteurs de la direction de la police judiciaire.

— On lit dans *le Petit Journal* (n° du jeudi 22 novembre 1917) :

Trois trafiquants de cocaïne ont été arrêtés hier, ce sont : Michel Battini, trente-quatre ans, demeurant, 3, place de la Sorbonne, de la 22<sup>e</sup> section en subsistance à la Tour-Maubourg ; Paul-Henri Martin, trente-quatre ans, tourneur-mécanicien, 12, rue Charles-Nodier, en congé de maladie, et Paul-Antoine Hirth, trente-quatre ans, employé de commerce, réformé, 1, rue de la Fontaine-au-Roi. Battini cherchait à éconler 700 grammes de coco (d'une valeur de 5.000 francs environ), avec la complicité de Martin qui visitait à cet effet les bars de Montmartre. Ils tenaient le poison de Hirth.

On a arrêté également le nommé René Picard, vingt-quatre

ans, demeurant : 82, avenue de Clichy, détaché dans une usine de Saint-Cloud, sur lequel on a trouvé 20 grammes de cocaïne.

— On lit dans *le Petit Journal* (n° du mardi 27 novembre 1917) :

M. Nardin, pharmacien, rue de Cléry, avait été envoyé en prison, il y a un an et demi environ, pour trafic des stupéfiants. Rendu à la liberté, il ouvrit une nouvelle officine, mais à Nevers, d'où il s'était mis en relations avec ses anciens clients. La Sûreté, ayant appris qu'il devait arriver à Paris, l'a cueilli au débarcadère.

— On lit dans *le Petit Journal* (n° du vendredi 30 novembre 1917) :

Après une enquête assez longue menée par M. Tanguy, chef adjoint de la Sûreté, une rafle de cocaïnomanes et de trafiquants vient d'être opérée à Montmartre.

Les individus arrêtés, sur lesquels on a trouvé des quantités importantes de la dangereuse drogue, sont : Adrien Alexandre, vingt ans, demeurant : 5, rue de Seine, à Chatou ; Pacifique Guichon, dit « Vieux Georges », marchand forain, quarante-sept ans ; Suzanne Jannet, dite « Carmen », demeurant 60, rue Blanche ; Huguette Després, 82, rue Damrémont. Cette dernière a été laissée en liberté en raison de son état de santé.

Enfin, M. Tanguy a également arrêté, hier, un élève en pharmacie, Toussaint Ricci, trente-deux ans, qui gère une pharmacie à Saint-Ouen ; lorsque le magistrat survint, Ricci allait livrer un kilo d'opium et 800 grammes de morphine à une personne qu'il a refusé de désigner.

Tous les prévenus sont au Dépôt ou à Saint-Lazare.

## FAITS DIVERS

*Alcoolisme et criminalité.* — L'*Annuaire antialcoolique suisse international*, pour l'année 1917, publie les renseignements suivants :

« La Finlande, comme on le sait, n'a plus le service militaire obligatoire. En fait de Finlandais, il n'y a dans les armées russes que de rares volontaires. Mais le Grand-Duché a été soumis à la prohibition dans la même mesure que l'Empire russe. Si, en Finlande, la criminalité a diminué, c'est bien la prohibition qui doit être la cause principale de ce phénomène. Nous possédons à ce sujet une statistique, publiée par le D<sup>r</sup> Matti Helenius Seppala, à Helsingfors.

« M. Helenius Seppala a demandé à 24 villes finlandaises de le renseigner sur les arrestations pour ivresse, opérées d'août

à décembre 1913 (régime normal) et pendant la même période de 1914 (régime de la prohibition de l'eau-de-vie et des restrictions pour la vente des boissons fermentées).

« Les résultats sont les suivants :

	Arrestations pour ivresse.
Août à décembre 1913. . . .	20.987
Août à décembre 1914. . . .	4.937

« Le nombre des délits dénoncés à la police a été :

Août à décembre 1913. . . .	5.250
Août à décembre 1914. . . .	2.949

« Le Dr Helenius Seppala déclare que, en 1915, à la suite de nouvelles restrictions, la criminalité a diminué encore. »

*La folie à Paris au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle.* — Dans son « Il y a cent ans » du vendredi 17 octobre 1917, le *Journal des Débats* reproduit le curieux renseignement suivant sur le nombre d'aliénés traités à Paris pendant une période décennale du commencement du dernier siècle. Quel changement s'est produit depuis cent ans !

« Dans une période de dix années, depuis 1804 jusqu'à 1814 inclusivement, il a été reçu, dans les hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière à Paris, 4.958 aliénés, savoir 2.154 hommes et 2.804 femmes. »

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Chronique

**L'idéalisme et l'objectivisme cérébral  
contemporains.**

Le médecin instruit, un peu sceptique par définition, peu enclin à se laisser séduire par le jeu des phrases — par ce que nous appelons, au front, « les bobards » — éprouve une singulière impression quand il parcourt rapidement le domaine des idées philosophiques. Cela est arrivé récemment à un de mes bons camarades, suffisamment primé aux concours pour passer pour un élève très distingué, et qui, à trente-cinq ans, eut l'idée de profiter des loisirs des cantonnements pour « faire un peu de philosophie ». Il acheta donc l'*Initiation philosophique* d'Emile Faguet. Ce n'était pas très long. En 163 pages, il pouvait se payer le luxe intellectuel de parcourir A. G. D. G. la carte d'état-major très officielle des idées humaines, de Thalès et Anaximandre à Ribot et Bergson. Mon ami, très posé et très précis, comme tout bon Jurassien qui se respecte, fumant len-

tement sa pipe devant la tente tortoise, me dit après cette lecture :

« J'en connais désormais assez. L'art du philosophe ressemble tout à fait à celui de notre cuistot. On compte les idées comme on compte les aliments et les ingrédients. Il y a plus de cuistots que d'aliments. »

Il exprimait là avec humour une opinion très juste.

Le professionnel de la philosophie ne s'aperçoit pas plus des infirmités de son art que Gobelousse ne s'apercevait de son « assent » ! Amoureux des idées, ses théories lui paraissent toujours neuves en vertu de ce que :

La pâle est au jasmin en blancheur comparable;  
La géante paraît une déesse aux yeux;  
La naine, un abrégé des merveilles des cieux.

Mais l'amateur juge autrement. Les philosophes lui font un peu l'effet d'une troupe « icarienne » jonglant avec de très vieilles idées dont on change parfois seulement la peinture extérieure.

Nous connaissons bien en pathologie mentale ce qu'on peut appeler le pénélopisme scientifique. On invente des choses... antiques; il suffit de changer le mot.

Cela n'a qu'un inconvénient relatif. Ça fait passer le temps et ça fait tellement plaisir aux auteurs qui pensent... *sine matre creata*. Si, par hasard, le « créateur » ne croyait pas tout à fait à la nouveauté de sa « création », les disciples accourus lui inculquent vite cette croyance. Ne pensez-vous pas que la conviction de Kraepelin ou de Freud est surtout faite de la conviction de leurs fidèles?

Ils ont « lancé une idée » et, à voir les autres la vénérer, ils se sont dit : « Tiens ! elle est meilleure que je ne le pensais... elle doit même être fameusement bonne. »

J'ai eu l'honneur, pendant ma dernière permission, d'être invité à un déjeuner hebdomadaire très recherché des hommes de science, de pensée et des dirigeants de notre politique. On y a parlé longuement de la guerre. J'étais à l'avance convaincu que chacun des convives, qui de l'Institut, qui de l'Académie française, qui Ministre, qui Amiral, en savait « très long » sur le sujet et je me suis aperçu — comme mon ami lisant l'*Initiation philosophique* — que ces hommes éminents avaient des « opinions » ni plus, ni moins certaines que nos opinions courantes de popotes. Chacun interrogeait son voisin et cherchait dans son acquiescement un motif de changer son « opinion » en « probabilité » et si possible en « certitude ».

Le soldat cherche des « tuyaux » dans les journaux ; et les journalistes viennent se renseigner auprès des combattants.

Tout cela calme la faim cérébrale, le besoin de savoir.

C'est comme à la popote. Il y a beau temps que nous connaissons l'inutilité des discussions au sujet du déplacement probable de la division et des précisions sur son futur secteur ; mais il ne passe pas de semaine sans que l'un de nous ne rapporte le « tuyau » d'un gendarme, de « M'sieur le commissaire du Gouvernement près le Conseil de guerre », ou du « lieutenant des télégraphes »... On n'y croit pas. Mais sait-on ? et c'est ainsi que successivement la D. I. court de Salonique à Dunkerque et au Chemin-des-Dames.

Je viens donc de terminer deux livres, deux beaux livres. Chacun d'eux soutient des idées opposées. Chacun d'eux, quand je l'ai lu, emportait ma conviction. Chacun d'eux répétait d'ailleurs que ce qu'il nous offrait était nouveau et, tant que je mastiquais, la saveur du plat m'empêchait de compter les ingrédients.

Le premier, qui vient de paraître (1917) chez Flammarion est *la Biologie Humaine* du professeur Grasset ; le second, qui a paru chez Alcan, au début de la guerre, est le *Mécanisme cérébral de la Pensée* de M. Kostyleff, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

Tous deux représentent ce qu'il y a de plus moderne dans des opinions d'ailleurs contraires.

Le professeur Grasset oppose le « *penser fonctionnel* » au « *penser anatomique* ». Le second est, pour ce, du même avis, quand, comme Jung (de Zurich), à propos des psychoses, il exprime la conviction que « les trois quarts des maladies mentales ne sont pas de nature organique, mais de nature fonctionnelle, et que pour celles-là *la vraie voie de la psychiatrie n'est pas une voie anatomique, mais une voie psychologique* ».

L'un et l'autre nous répètent, et nous sommes *a priori* poussés à le croire, que ce « *penser fonctionnel* » est tout ce qu'il y a de plus neuf dans le rayon scientifique.

C'est lui qui va nous éclairer.

Résultat : Le professeur Grasset différencie, au nom du « *penser fonctionnel* », l'acte psychique de l'acte réflexe.

Le maître de conférences, M. Kostyleff, assimile, au nom du « *penser fonctionnel* », l'acte psychique à l'acte réflexe.

— « Le cerveau de l'homme, nous dit Grasset, peut ressembler beaucoup à celui d'autres animaux, alors que la fonction psychique est absolument différente chez l'homme et chez les animaux... On peut bien, en partant du réflexe le plus simple comme le phénomène du genou, s'élever par une série de termes, jusqu'aux réflexes plus compliqués de l'équilibre ou de la marche, dans lesquels il y a du psychisme (inférieur) et, de ceux-ci, aux phénomènes intrapsychiques (psychiques



supérieurs). *Mais cela ne prouve nullement l'identité des termes extrêmes de cette série.* »

M. Kostyleff, lui, commence à nous dire avec Sétchénoff : « La pensée, c'est les premiers deux tiers d'un réflexe cérébral » ; continue avec Pavlow et Bechterew : « Les processus neuro-psychiques sont analogues par leur développement aux réflexes et, comme ces derniers, ne se séparent en aucun point de leur base matérielle... ; la différenciation et surtout l'inhibition interne, c'est ce qui distingue les réflexes cérébraux des réflexes médullaires et ouvre la voie au développement psychique des métazoaires supérieurs » ; et termine en nous disant que « ce qui distingue un acte neuro-psychique d'un simple réflexe, c'est que celui-ci présente une réponse mécanique, stéréotype de l'organisme, tandis que dans l'autre la réaction dépend de l'état momentané de l'individu et peut être modifiée par des facteurs internes », si bien que : *« en fin de compte le développement intellectuel de l'individu se réduit à l'enrichissement de l'organisme en réflexes cérébraux, et la vie psychique à la décharge de ces réflexes sur des impulsions externes ou internes ».*

L'un et l'autre nous présentent, ce qui ne peut qu'augmenter notre confiance, le pedigree de leurs idées. Tout naturellement leur sympathie va à leur coin de terre et ceci ne peut que faire plaisir aujourd'hui que la guerre a donné toute sa valeur à un patriotisme que l'auteur à succès du *Feu* dénigrait dans l'*Enfer*.

Le professeur Grasset est, par constitution même, le champion de la marque montpelliéraine... ; il parle avec enthousiasme de la vieille école qui soutint, contre l'École de Paris, que la maladie est toujours générale avec des manifestations plus ou moins localisées ; il reprend la plume vaillante de Barthéz « qui symbolise glorieusement notre vitalisme montpelliérain (comme

sa statue garde la porte de notre Ecole) », et, comme lui, il dit :

« Les lois de la vie et des êtres vivants ont leur autonomie et leur individualité propre ; on ne peut les confondre ni avec les lois physico-chimiques ni avec les lois de la métaphysique ; la biologie est une science distincte, qu'il faut séparer, d'un côté de la physico-chimie, de l'autre de la métaphysique ; elle est indéfinie dans son programme personnel, elle est limitée par les autres sciences avec lesquelles il ne faut pas la confondre »... et, comme biologie humaine et médecine sont identiques, l'auteur fait surtout de son livre une sorte de manuel de physiopathologie, une sorte de résumé de médecine générale, contre lequel il n'y a rien à dire quand il expose les lois de la vie, la défense individuelle, l'anaphylaxie, la défense de l'espèce, l'hérédité, le rôle du système nerveux... toutes choses qu'il réunit sous le nom général d'*antixénisme* ; on y cueille des idées claires exposées élégamment par un clinicien philosophe ; telles que la coexistence dans les actes vitaux de la finalité et du déterminisme qui sont l'un et l'autre des faits ; telles que l'aphorisme : « on a l'âge de ses fonctions de défense » ; telles que cette fine observation que chez l'être unicellulaire, il n'y a pas, comme on l'a dit (Dastre), d'immortalité parce que, chez lui, la mort et la génération se confondent : « le premier individu mourant en même temps qu'il engendre deux nouveaux individus qui le remplacent complètement » ; telles que « la qualité des réactions vitales est essentiellement conditionnée par l'organisme vivant lui-même » ; telles que le caractère curateur des actes vitaux, caractère qui, cependant parfois, peut être nuisible, chose que n'admettait pas l'animisme (Stahl), etc... ; mais, dès que le professeur Grasset quitte les faits, il en est réduit — comme tout philosophe — à des affirmations. Il

affirme la différence d'*essence* du psychisme humain ; il fait de l'*idée* une chose spécifique. Il admet la *liberté*, raison nécessaire de la *morale*, car « toutes les fois qu'on veut faire de la liberté le résultat d'une transformation, on la nie ». Il ôte toute liberté à l'animal comme il donne toute liberté à l'homme... et il reprend la question de la *responsabilité*. Nous ne discuterons pas. Tout a été exprimé là-dessus, depuis Kant qui fait de la morale la loi de l'homme, jusqu'à Ingénieros qui dit : « la morale, comme forme psycho-sociale de la « biophylaxie », c'est une fonction biologique de défense collective ». Le professeur Grasset ajoute une « *opinion* » très distinguée à des séries d'autres ; il rédige aussi scientifiquement que possible ses « *croyances* » ; mais, ici, ce n'est plus de la médecine, ce n'est plus de la physiopathologie, ce n'est plus enfin de la biologie. Quand il dit : « L'existence et la formation des sciences positives et expérimentales supposent et nécessitent l'existence antérieure des idées absolues, nécessaires et universelles ou métaphysiques. Donc, la métaphysique persiste au delà des limites de la biologie humaine » ; quand il dit : « Comme pour le principe de la morale, la biologie humaine, sans en discuter l'origine, doit accepter, comme un fait antérieur à elle, une *idée-loi* du raisonnement humain : principes de raison suffisante et de causalité, base et point de départ de la logique » ; il nous permettra respectueusement de lui répondre qu'il ne fait là qu'*affirmer ses croyances* ; ce n'est plus de la biologie, c'est de la philosophie pure. Ce n'est d'ailleurs, qu'il nous pardonne, rien de nouveau, et son « *idéalisme positif* », ce sont les *idées innées* de Descartes, celles qui constituent notre esprit lui-même, « les conditions selon lesquelles il pense et en dehors desquelles il ne peut pas penser » ; ce sont les « *formes* » propres à l'intelligence de Leibnitz, où les idées se rangent et se

sculptent : ce sont les *catégories de l'entendement* de Kant...

Tout cela n'a jamais été que je sache de la médecine, et comme l'auteur dit lui-même que « biologie humaine et médecine se confondent »...

\* \*

M. Kostyleff nous promet du nouveau, et comment ! « Quelques incomplètes que soient encore ces indications sur la nature objective des phénomènes mentaux, il nous a paru bon de les faire connaître, car (c'est lui qui souligne) elles *constituent d'ores et déjà la découverte du mécanisme cérébral de la pensée et ouvrent une ère nouvelle aussi bien pour la psychologie que pour la psychiatrie et même pour la synthèse philosophique de nos connaissances.* » Une ère nouvelle : vous entendez bien ! Et pour la psychologie... et pour la psychiatrie... et pour la synthèse philosophique...

Voyons de près.

Notons d'abord que M. Kostyleff fait tout dater des Russes. A l'en croire, cette « ère nouvelle » ne porte sur son calendrier que des saints russes : Sétchénoff, Pawlow, Bechterew, Boldyreff, Zeliony, Kacherininova, Zavadsky, Mischtovt, Schumkoff, Astvatzatouroff... Kostyleff bien entendu. Pour fortifier les idées russes, il utilise les travaux de Wundt, Hermann, Ewald, Meyer, Gaetchenberger, Wahl, March, Marbe, Lipps, Messer et ceux de la quadruplette de la psycho-analyse, Freud, Brener, Maeder et Jung. Tels sont les noms qu'on voit au bas des pages dans les référés bibliographiques. En vain ai-je cherché Taine, à peine ai-je entrevu Ribot (si peu). tout juste Pierre Janet et pas du tout Georges Dumas... Quant à nos maîtres de la psychiatrie, aucun n'a l'honneur du palmarès.

Ceci nous prouve, en passant, une fois de plus, combien certains groupements étrangers savent se faire la réclame scientifique au grand dam de la pensée française.

Quel ouvrage utile ferait celui qui, dans l'œuvre de Kraepelin, de Freud, dans la psychologie objective de Bechterew, montrerait la part des Français, de Falret, de Baillarger, de Magnan, de Charcot, de Bernheim, de Taine, de Ribot, etc., *dans les parties réellement indiscutables de ces œuvres!*

Or donc, M. Kostyleff, qui ajoute l'introspection à l'œuvre de ses maîtres russes, va nous montrer que la psychologie est une réflexologie.

Il nous expose d'abord — et ceci est très intéressant — que la conception objective des phénomènes mentaux ne rencontre plus du côté de la physiologie des sensations les obstacles qui existaient quand triomphait la doctrine des empreintes périphériques.

C'est ainsi que, pour la vision, la conception motrice remplace la conception rétinienne. L'œuvre de Nuel a achevé l'évolution commencée par Wundt, c'est-à-dire la substitution d'un processus cérébral à la sensibilité rétinienne. La vision se résume en un réflexe cérébral, plus la modification de ce réflexe par l'expérience antérieure. De même l'audition ne se rattache plus uniquement à ce qui se passe dans l'organe récepteur.

Les sensations sont des réflexes cérébraux. Il faut aussi rattacher à ce mécanisme les images mentales, souvenirs, abstractions. « Du moment que les perceptions externes se confondent tout à fait avec les réflexes cérébraux, les résidus de celles-ci, qui jouent un si grand rôle dans la vie psychique, ne peuvent se rattacher qu'à la reproduction plus ou moins complète de ces réflexes. »

Les images mentales sont loin d'avoir la fixité d'un

cliché. Elles sont composées d'un faisceau bien incomplet de sensations. N'étant pas une unité, elles ne sauraient être localisées. Il n'y a pas d'*empreinte cérébrale*; il y a un *ensemble de traces*. Mach, pour les images qui sont le plus près de la perception, les images visuelles et auditives, arriva à conclure qu'elles se composent de sensations motrices qui accompagnent les réflexes du cerveau.

« Les réflexes étudiés par Pawlow et Bechterew, nous dit Kostyleff, ne sont pas la base d'un processus dont l'ensemble échappe à la science, mais les éléments les plus essentiels de celui-ci, le corps même de ce que nous appelons images mentales ou idées ».

M. Kostyleff invoque les travaux de l'école de Wurzburg sur le mécanisme de l'association : attente, perception, recherche, réponse. Ces travaux montrent d'abord des *tendances individuelles*. Le jugement ne se distingue en rien d'une association (sauf qu'au lieu d'être fortuite elle est dirigée); « l'avantage revient toujours à celle qui, s'étant le plus souvent produite, a acquis la plus grande rapidité » (réflexes verbo-motens).

Il y a un « processus nouveau qui forme le pivot de la pensée »; c'est le « *montage* » du cerveau, effort de concentration nerveuse dans un sens déterminé (qui annihile ce qui gêne, etc., etc.); ce « montage » fait justement ce qui distingue le jugement d'une simple association. « Les signes mathématiques détermineront un montage spécial du système nerveux, les noms propres un autre, les termes grammaticaux un troisième et « ainsi de suite ». Nos réactions ne sont jamais directes. Notre vie est dominée par des systématisations de ce genre. Les « montages » se rattachent à « un ensemble de dispositions motrices qui se montre inhérent à tout cerveau développé ». Cet ensemble joue le

plus grand rôle dans la constitution du *moi* dans la formation du « *Je sais, Je comprends, etc.* »...

Tout ceci est exact, mais pourquoi dans un travail qui date de 1914 et qui cite si attentivement les noms russes et allemands, l'auteur, qui est maître de conférences à l'Ecole française des Hautes-Etudes, ne signale-t-il pas la belle étude de Toulouse et Mignard (1911) sur l'*auto-conduction*, « cette fonction supérieure d'application, adaptant tous les mécanismes intellectuels (perception, mémoire, association d'idées, fonctions logiques) en une activité psychique, les dirigeant vers un but, les maintenant dans cette direction, choisissant les éléments utiles, inhibant et réduisant les autres » ?

Vient ensuite l'exposé des théories de Freud et de sa « mainmise sur l'inconscient » qu'il a « fait rentrer dans le schéma des réactions neuro-psychiques ». Nous aurions mauvaise grâce à détailler, tous les lecteurs des *Annales* connaissant le livre de Régis et Hesnard. Kostyleff y voit des « indications favorables à la conception motrice des phénomènes mentaux ».

Le rêve, la rêverie, l'aliénation elle-même, prouvent que « chaque homme a une ou plusieurs constellations d'idées sur lesquelles il peut se replier, et l'observation montre qu'il peut les développer selon ses capacités intellectuelles ». « Chaque homme a un ou plusieurs complexes psychiques qui se manifestent dans ses associations (Jung). » Le délire le plus extravagant est déterminé par le développement d'un processus psychique. Et voici les affirmations de Maeder et de Jung sur la Démence précoce : « l'affaiblissement mental n'est pas aussi profond chez ces malades que pourrait le faire croire un examen superficiel. L'essor de la pensée, loin d'y être affaibli, y est même renforcé, mais n'est plus contrôlé par le contact avec le monde réel ».

Kostyleff fait sienne l'idée de Jung que : « les trois quarts des maladies mentales ne sont pas de nature organique, mais de nature fonctionnelle et que, pour celles-là, la vraie voie de la psychiatrie n'est pas une voie anatomique mais une voie psychologique ».

O puissance des mots ! Comme si la fonction ne reposait pas sur l'organe ! Comme si, précisément, la physiologie nerveuse n'était pas calquée sur son anatomie ; comme si les maladies mentales n'étaient pas des maladies du cerveau... Cette psychiatrie-là menace singulièrement de nous ramener aux maladies de l'âme et plus qu'on ne le croit aux théories de Stahl, Langermann, Ideler, Heinroth.

Les écoles « fonctionnelles » de ce genre se paient trop de mots. L'anomalie de la fonction suppose une anomalie de l'organe et c'est, nous semble-t-il, une tendance funeste que celle qui cherche à pousser la psychiatrie hors des voies de l'histo-chimie.

L'adaptation au réel, « le contrôle par le contact avec le monde réel » de ce que les Allemands et Kostyleff appellent nos « complexes », se fait grâce aux fines fibres d'association que sont les stries d'Exner, de Bechterew, de Baillarger. Ces stries sont les premières lésées dans les processus toxiques (et nous croyons aux rapports de la confusion mentale et de la démence précoce) ; la délicate synergie fonctionnelle que nécessite l'adaptation ne se fait plus et, le cerveau psychique (Sollier) étant moins actif, le cerveau organique (de projection), prend une importance prédominante. La voie anatomique nous explique aussi nettement que la voie psychologique (parce que les deux sont juxtaposées) le développement, dans les délires, des processus psychiques préformés ; elle nous explique que l'aliénation met en évidence le *caractère* de chacun qui n'est plus réfréné par l'adaptation à la réalité (c'est d'ailleurs, là,



chose connue en psychiatrie française : Dupré, Charon, etc...). La psychose, surtout à ses débuts, fait pour les caractères ce qu'un climat nocif fait pour les tempéraments, « ce même climat qui empourpre les sanguins, comme il décolore les anémiques et verdit les bilieux » (Paul Bourget : *Recommencements*, p. 149).

Continuant son exposé, Kostyleff, après le rêve et la rêverie, étudie l'inspiration poétique.

Ici encore, mêmes lacunes bibliographiques. En dehors de l'école de Freud, il cite juste, comme théoricien, un littérateur, notre ami Jean de Gourmont. Quant aux travaux de Ribot, de M. Réja, de Paulhan, de Dupré et Nathan, d'Antheaume et Dromard! ... Jean de Gourmont a lui-même été très étonné de se voir attribuer la paternité d'une théorie qu'il dit dans ses *Muses, essai de physiologie poétique* (1910) avoir puisée ailleurs. Poussé par son désir de décortiquer les réflexes cérébraux, M. Kostyleff en arrive à diminuer singulièrement le rôle de la sensibilité dans la poésie. Etudiant Edmond Haraucourt, Fernand Gregh, Robert de Montesquiou, Abel Bonnard, la comtesse Mathieu de Noailles, Victor Hugo, il montre — et là contre rien à redire — qu'il n'y a pas d'équivalence entre la réaction et l'émotion; que, même chez la nerveuse et inquiète M<sup>me</sup> Mathieu de Noailles, « l'émotion n'est que le point de départ et le stimulus intermittent d'une cérébration autonome »; que, souvent « l'émoi le plus léger, même purement intellectuel, philosophique, vaut autant que la plus profonde ivresse ». Ces notations sont précieuses. L'œuvre de Victor Hugo leur sert de remarquable illustration. Chez ce formidable poète qui a construit beaucoup de ses pièces à coups de dictionnaires, de précis d'histoire ou de droit, de légendes, de guides, de relations de voyages (Ber-

ret) (1), chez qui on saisit sur le vif la transposition en vers de la prose d'un autre, on peut trouver des motifs de dire : « Ce qui fait un grand poète, ce n'est pas la faculté de s'émouvoir... mais la richesse de son cerveau en réactions de ce genre » (c'est-à-dire en réactions verbales); « l'enchaînement des images dépasse de beaucoup la portée du choc émotionnel »; « le choc émotionnel trouve chez le poète des mécanismes cérébraux préformés par l'étude, par la méditation, par la vie »...

Oui! mais il y a longtemps, qu'au lycée, on nous apprenait à ne pas raisonner comme l'Anglais qui, débarquant à Boulogne, avait vu une Française rousse...

A la suite de ces observations, M. Kostyleff dit, d'ailleurs modestement : « Le génie poétique *perd la plus grande part de son mystère* et se révèle, à son tour, comme un développement de l'activité réflexe du cerveau. »

Le mystère a été levé... parce que M. Kostyleff a dit : le poète est un monsieur qui a des « mécanismes cérébraux préformés par l'étude, la méditation, la vie », un monsieur qui a lu beaucoup, un monsieur qui a tout un magasin de mots à sa disposition... Je crois bien que M. Homais avait trouvé cela depuis longtemps...

Quant au rôle de l'émotivité il passe au second plan... Et Verlaine! Et Baudelaire! et les symbolistes... et tous ceux dont :

Les plus désespérés sont les chants les plus beaux,

et tous ceux que les émotions sthéniques ou asthéniques ont conduits au chef-d'œuvre... et tous ceux qui, dans

---

(1) Paul Berret. *Le Moyen âge dans la Légende des siècles et les Sources* de Victor Hugo.

les poésies les plus pures et les plus émouvantes, n'ont que des mots banaux dont l'affectivité seule fait la valeur... etc., etc. Nous ne voulons pas reprendre ici la question de l'inspiration, ni celle de la prépondérance littéraire de l'émotivité sur l'intelligence... Nous ne voulons pas contrister M. Kostyleff et lui donner l'avis d'un poète sur ses théories... nous ne lui dirons pas : Prenez un homme ou une femme ordinaires, lisez leur littérature habituelle, voyez-les s'enflammer et lisez ce que la passion leur fera ensuite écrire... voyez si elle ne les porte pas souvent, grâce à leur émotivité flamboyante temporaire, bien au-dessus d'eux-mêmes...

Mais, suivons M. Kostyleff dans l'étude qu'il fait du roman... A propos de M<sup>me</sup> Rachilde, M. Tinayre, J.-H. Rosny aîné, Paul Adam, il nous dit :

Ces œuvres sont caractérisées par « la prépondérance décisive des facteurs conscients sur les inconscients et le développement imprévu des facteurs volontaires ». On y voit « le développement interne d'une impression aidée par l'expérience antérieure du sujet ».

Il « ramène toute la richesse de l'inspiration romanesque au jeu des réflexes cérébraux avec exclusion de tous les facteurs qui sont étrangers au fonctionnement de ces derniers »... c'est-à-dire, si je comprends bien, il ramène le jeu du cerveau au cerveau.

Voilà qui est clair.

\*  
\* \*

Je venais de lire ce qui précède à mon ami jurassien, l'aide-major Martin, qui rallumait sa pipe devant la tente tortoise. Armé de sa courte *Initiation philosophique*, il se mit à sourire et, entre quelques bouffées, me dit :

« Mais tout cela je l'ai lu... et au moins aussi net... Tiens ! pige-moi cette définition de Condillac : « Le moi

de chaque homme n'est que la collection des sensations qu'il éprouve et de celles que sa mémoire lui rappelle ; c'est la conscience de ce qu'il est combiné avec le souvenir de ce qu'il a été. » Quand Coudillac dit : « L'idée est une sensation qui s'est fixée et qui a été renouvelée et vivifiée par d'autres », il dit tout ce que tu viens de nous raconter, et quand il formule : « Le désir est une sensation qui veut se retrouver », il n'est pas loin de la formule freudique du rêve « retour du courant vers le mécanisme de la perception »... Et Locke, donc ! « Les idées sont les sensations enregistrées par le cerveau ; ce sont aussi les sensations élaborées et modifiées par la réflexion. »... Et Hobbes, mon cher, mais il y a tout ton Kostyleff ; écoute : « Nous ne pensons qu'en combinant des sensations présentes avec des sensations présentes ou bien entendu, beaucoup plus souvent, grâce à la mémoire, en combinant des sensations présentes avec des sensations anciennes ou des sensations anciennes avec des sensations anciennes. » Tu n'as qu'à remplacer « sensation » par « réflexe » et ça fait l'affaire. « Quand la sensation ainsi combinée avec d'autres sensations est devenue pensée, les idées commencent à être. Elles sont des produits de la sensation détachés de la sensation... Elles se réveillent et s'appellent en quelque sorte l'une l'autre ; *toutes les fois que reparait une idée antérieurement acquise, elle est suivie de la pensée qui l'accompagnait quand elle fut acquise.* » C'est ton « montage » ça ! L'association des réflexes... pardon des idées ! « est plus ou moins serrée... elle est ordonnée dès qu'elle est dirigée par une fin poursuivie... parce qu'alors il y a un désir d'aboutir qui n'associe rien par lui-même ; mais qui, éliminant toutes les idées qui ne sont pas pertinentes au but poursuivi, ne laisse s'associer que celles qui y ont rapport ».

Hein ! ça te la coupe tout ça... Et tout ce qu'il dit

sur la liberté, sur la morale!... Rien qu'avec ce bouquin j'en ai des histoires moi aussi à raconter sur la responsabilité... Lis-moi ceci : « Le criminel n'est pas un criminel, c'est un idiot. » Vous n'avez pas dit mieux avec votre « folie morale... ». Voyez-vous, vous avez mal repeint les boules avec lesquelles vous jonglez, et que vous prenez dans le vieil arsenal... Pour du pénélisme, comme tu disais tout à l'heure, c'est du pénélisme... Et Taine, donc... et Ribot... et... et... »

Et je me suis enfui. Mon Jurassien avec sa pipe terrible m'épouvantait. Je prie les lecteurs des *Annales* d'excuser son langage irrespectueux et peu châtié.

Mais ma fuite ne fut pas assez rapide pour que je ne puisse entendre cette dernière phrase :

« Les philosophes les plus chics font dans le genre des peintres qui mettent du vert, du jaune, du bistre, sur nos camions et nos canons... D'un peu haut ça ne se voit pas... mais de près... »

Allez donc conseiller désormais d'acheter une *Initiation philosophique*!

Aux armées, le 31 juillet 1917.

D<sup>r</sup> PAUL VOIVENEL.

---

### Pour la médecine mentale française.

Tout Français connaissant un peu le Tenton d'avant-guerre est bien certain que l'Allemagne ne se tiendra pas pour battue lorsque le canon sera muet. L'esprit de domination de celle-ci demeurera, et elle reprendra bientôt ses habitudes de spoliation habilement dissimulée pour faire croire à un génie qu'elle n'a pas, à une science allemande que nous venons de voir, faite surtout de l'exploitation de découvertes négligées par

ceux qui les ont données, par ceux qui devaient en bénéficier d'abord. On a dit, par exemple, des maîtres français et italiens l'ont récemment encore proclamé, qu'il n'y a pas de psychiatrie allemande ; il s'agit plus que jamais de soutenir leur parole et ce sera chose facile si nos jeunes poilus de la psychiatrie française, car il y a une psychiatrie française, se décident tous, comme il n'en faut pas douter, à rompre avec les errements d'avant-guerre et à rendre aux vieux maîtres français de notre spécialité l'attention qu'ils avaient cependant bien méritée et que les Germains ont si habilement détournée à leur profit depuis une vingtaine d'années. Les vieux aliénistes français ont laissé à leurs successeurs un champ bien ensemencé qu'il suffira de bien connaître, de mieux étudier, pour en obtenir de riches moissons. Pour assurer définitivement le maintien d'une supériorité qui commençait à nous échapper avant la grande crise qui vient de nous surprendre, il ne serait pas inutile, je crois, d'imposer aux futurs aliénistes la connaissance précise de leurs grands devanciers français : une épreuve d'histoire de la médecine mentale française ne serait pas, à mon avis, déplacée dans les épreuves du concours d'adjuvat (1).

Il ne suffit pas d'être un bon praticien ; il n'est pas inutile, au point de vue français, que le praticien soit bien préparé à *faire respecter en toute occasion et même fructifier le patrimoine que lui ont légué les devanciers, grâce auxquels il peut précisément être un bon praticien.*

J'ajouterai que la lecture des maîtres anciens ne peut que compléter très utilement l'œuvre des maîtres actuels, en contribuant largement aussi à développer l'esprit clinique et le *goût des observations médicales*

---

(1) Elle pourrait facilement être liée à une des épreuves actuelles.

*précises ou des rapports médicaux bien documentés. Et les maîtres n'oublieront plus de rappeler à l'occasion à leurs élèves ce qu'ils doivent eux-mêmes à tant d'admirables précurseurs dont les aliénistes français n'ont pas le droit d'ignorer l'influence sur l'évolution de la médecine mentale (1).*

ALEXANDRE PARIS,

Médecin de l'asile de Maréville,

Chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

---

(1) Cette note était écrite lorsque j'ai lu la chronique de M. Victor Parant père : « Ayons le culte des anciens aliénistes français » dans le numéro de janvier des *Annales médico-psychologiques*. Elle sera un complément de la chronique de notre éminent confrère.

---

---

---

# Psychologie

---

## LES GRANDS INQUIETS

CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE DES GRANDS HOMMES

PAR LES DOCTEURS

**DEZWARTE** et **Marguerite JANNIN**  
Médecin en chef, Médecin adjoint par intérim,  
à l'asile de Maréville.

---

« Car la maladie principale de l'homme est la curiosité inquiète des choses qu'il ne peut savoir... »

Ces choses que l'homme ne peut savoir, c'est son origine et c'est son destin :

« Tu ne quæsieris, *scire nefas*, quem mihi, quem tibi finem di dederint, Leuconoë, nec Babylonios tentaris numeros. »

« Ne cherche pas, Leuconoë, à connaître la fin que les dieux nous ont assignée, à toi et à moi ; *il est défendu de le savoir*. N'interroge pas les calculs « Babyloniens. »

Les nombres Babyloniens n'ont pu apprendre à Leuconoë sa destinée, et aujourd'hui encore, il n'existe pas de formule qui donne la clef du mystère.

De tout temps, le commun des hommes s'est résigné, et ils ont passé avec les idées philosophiques et religieuses qui se sont succédé à travers les âges.

Mais les autres hommes, les Grands, ne se sont pas



inclinés devant le « *scire nefas* », mot plus lourd peut-être que le « *Lasciate ogni speranza* » que Dante avait lu sur la porte de l'Enfer. Malgré la défense, ils ont voulu savoir la vérité.

Les uns, comme saint Augustin, sont parvenus, par un effort de leur volonté, à se consoler avec une foi ; d'autres, comme Pascal, après une lutte de toute leur vie, sont morts dans le désespoir du doute ; d'autres enfin, comme Aug. Comte, se sont détournés de l' « Inconnaissable », et ils ont cherché sur la terre la formule du bonheur des hommes.

C'est un essai psychologique sur ces trois grands hommes que nous avons voulu présenter ici.

## I. — SAINT AUGUSTIN

Saint Augustin, dont l'Église catholique a fait l'un de ses plus grands saints, parce qu'il est un de ceux qui ont le plus contribué à édifier son dogmatisme, est resté après seize siècles écoulés un des types les plus intéressants de la psychologie humaine, et le récent succès du « Saint Augustin » et « des plus belles pages de saint Augustin » de M. L. Bertrand, montre combien la curiosité reste attachée au souvenir de cet Africain ardent qui, après avoir connu les orages de toutes les passions, se transforma en un apôtre infatigable, pasteur dans le sens littéral du mot, tout aussi occupé des intérêts matériels de ceux dont il avait la charge comme évêque que de leur donner l'enseignement qui devait leur assurer « la vie heureuse », selon l'expression qu'il a tant aimée.

Il reste en effet une figure humaine au premier chef, d'un relief indiscutable, possédant des qualités intellectuelles supérieures, et tout près cependant du commun des hommes, parce qu'il eut une âme à la fois faible et

passionnée, combattue entre les deux antagonismes éternels qui se disputent la conscience et la vie de l'homme : l'idéalisme et la matière ; c'est pour nous, Latins, surtout, que ce Latin demeure un homme bien vivant à travers les siècles écoulés par sa recherche obstinée de l'Idée, par son verbalisme magnifique, lui, l'amoureux des mots qu'il a appelés des vases précieux, par sa sensibilité ardente enfin, qui lui a suggéré des images splendides et dont aucun poète ne devait jamais arriver à dépasser l'expression.

Augustin, qui vécut de 354 à 430, mourut donc à soixante-seize ans. La crise qui aboutit à sa conversion se produisit quand il eut atteint l'âge de trente-trois ans ; ainsi, sa vie se partage en deux périodes d'une durée à peu près égale.

M. Bertrand, dans son livre sur saint Augustin, a écrit : « Le miracle de sainteté, c'est que cet homme si profondément corrompu dans son intelligence et dans sa volonté, ce païen et cet intellectuel, devint en son âme un foyer extraordinaire de charité. » Pour nous, qui essaierons d'étudier la psychologie du matérialiste devenu évêque d'Hippone, nous dirons : départ, amour, arrivée : amour de Dieu, amour mystique, mais cependant encore amour.

Plus heureux que d'autres grands inquiets dont nous avons essayé dans de précédents articles de dessiner la psychologie, Augustin cessa d'être inquiet dans la deuxième période de sa vie. En réalité, pareil en cela à tous les hommes, le fond de sa nature ne se modifia jamais : esprit philosophique, plein d'ardeur pour la recherche de la « vérité » qui lui avait fait embrasser d'abord les doctrines de Manès, il fut enfin assez heureux pour arriver à mettre d'accord sa raison et sa sensibilité, ce but idéal de tout homme, lorsqu'il eut associé les théories de Platon à la religion d'amour propagée

par les disciples du Christ. C'est ce que nous chercherons à exposer dans cet article en suivant Augustin à travers les longues luttes de ce passionné, à la fois sensuel violent et philosophe spiritualiste, d'abord sans le savoir, pressé chaque jour, pendant bien des années, par les difficultés matérielles de l'existence, et obligé, pour gagner sa vie, à des tâches ingrates, en face desquelles sa mauvaise santé le rendit définitivement impuissant à triompher des obstacles.

D'une nature franchement épicurienne, amoureux de la vie comme aucun homme ne le fut jamais davantage, mais né pauvre et de santé débile, Augustin, après une vie errante et toujours plus difficile, avec une âme tendre et faible, qui aspirait à la « vie heureuse », trouva sa voie dans une fonction qui assurait à la fois ses besoins matériels et contentait sa nature d'orateur et d'écrivain. En même temps, ce faible, né orgueilleux, comme il s'en est accusé si souvent lui-même, épris du besoin de dominer les autres, rencontra la plus grande douceur à diriger et à enseigner les nouveaux fidèles. Nous le voyons, en effet, dès sa jeunesse, s'efforcer de conquérir l'âme de ses amis et de ses proches ; manichéen, il convertit Alype, son ami d'enfance, au manichéisme ; marié, il le convertit au mariage ; devenu chrétien, il entraîne encore son ami à sa nouvelle doctrine et il en fait, comme lui, un évêque de l'église d'Afrique. Ses autres amis, son entourage, n'échappent pas à son ardeur de prosélytisme ; à la période de sa vie où il est resté manichéen, il tente de convertir aussi sa mère Monique, mais celle-ci, autoritaire et chrétienne farouche, en vient à menacer son fils, qui est revenu au foyer après de premiers déboires ; elle le menace de le chasser de sa présence et de sa maison. Cependant Augustin ne cède pas et la rupture s'ensuit. C'est la fierté de la jeunesse ; Augustin n'a que vingt ans. Il trouve

heureusement une hospitalité fastueuse chez un riche Romain, Romanianus, qu'il s'empresse encore de convertir au manichéisme, puis, quand il y fut arrivé lui-même, aux théories platoniciennes.

Mais plus tard, quand Augustin, toujours plus malade et dégoûté du monde où il n'aura pas réussi, aura retrouvé sa mère, l'autorité de celle-ci s'affirmera définitive et Monique pourra mourir heureuse aux bords d'Ostie, à la veille de s'embarquer avec son fils enfin devenu chrétien et résolu à retourner, comme l'enfant prodigue, sur la terre natale. Car, une première fois, Augustin avait trompé sa mère : n'ayant pas réussi à Carthage où il était professeur d'éloquence, il voulut tenter la fortune à Rome. Or, sa mère s'opposait à ce départ ; connaissant son fils faible et passionné, elle redoutait pour lui la solitude dans la grande ville ; elle ne le quittait plus, le suivait partout, jusque sur le port où il allait se promener le soir. Pourtant, comme un soir, vaincue par la fatigue, elle s'était endormie, Augustin, furtivement, était monté sur un navire. Monique, cependant, ne se regarda pas comme vaincue ; elle quitta l'Afrique et rejoignit Augustin qui, n'ayant pas non plus réussi à Rome, avait sollicité un emploi de professeur de rhétorique à Milan où s'étaient transportés l'empereur et la cour. Là, elle obtint de son fils le plus douloureux sacrifice : elle voulut qu'il renvoyât, pour se marier, sa maîtresse, dont il avait un fils, et le souvenir de ce sacrifice a arraché à Augustin, dans ses confessions, des plaintes éloquentes. On connaît la phrase. « Quand on arracha de mes flancs, sous prétexte qu'elle empêchait mon mariage, celle avec qui j'avais dormi depuis si longtemps, là où mon cœur était attaché au sien, il se déchira. » Il fut convenu qu'Augustin, devenu professeur officiel de rhétorique au siège de la cour, se marierait. Sa mère lui chercha une

jeune fille riche, mais il s'en fallait encore de deux années avant qu'elle fût nubile. Monique fut encore déçue ; il semblait à Augustin, comme il l'a écrit, que « ce serait pour lui le comble de la misère que d'être privé des caresses d'une femme ». Il ne put se résigner à attendre deux ans et il prit une autre maîtresse.

Mais il est nécessaire de suivre Augustin à travers sa vie errante et difficile, au milieu des débats de l'intelligence de cet épicurien et matérialiste voluptueux, qui chercha, d'autre part, dès son adolescence « la vérité », pressentant, comme il nous le dit, qu'au-dessus de la matière il y avait « autre chose ». Il le fant, pour arriver à saisir par quel mécanisme psychologique et sans changer de nature, car, ainsi que l'a écrit un ancien philosophe, l'homme s'emporte toujours avec soi, cet homme, en plein épanouissement de ses facultés et encore à l'apogée de sa jeunesse, renonça au monde et à ses plaisirs, fit taire ses sens et son âme impétueuse, pour se consacrer définitivement à l'existence d'un apôtre.

Augustin, dans son enfance, n'aimait qu'à jouer (*sed delectabat ludere*), il nous l'apprend lui-même. Son père, quoique pauvre, a les ambitions de tous les pères : il veut que son fils s'élève au-dessus de lui et il songe à en faire un grand orateur. Le jeune Augustin, bien que joueur, est intelligent, ambitieux, mais de santé délicate. Il aime les lettres, mais déteste les mathématiques : un et un font deux, deux et deux font quatre ; ce refrain, que chantaient déjà les écoliers d'alors, lui paraît odieux. Au contraire, son imagination le presse, et c'est pour lui « un spectacle enchanteur que le cheval de bois rempli de guerriers, l'incendie de Troie et même l'ombre de Créuse ».

Dès les premiers temps de sa vie, il se montre d'une sensibilité poussée jusqu'au délire ; il pleure au théâtre,

il pleure à la lecture des malheurs de Didon. Et, tout jeune, une sensualité extraordinaire s'éveille en lui ; c'est cette sensualité qui éclate dès les premières pages des *Confessions*, quand il écrit, en parlant des premiers temps de son enfance : « En ce temps-là, j'ai goûté la douceur du lait de la femme. » A chacun des chapitres du livre, ce sont toujours les mêmes transports, la même exaltation dans les souvenirs de la chair et de toutes les douceurs de cette vie (*suavitates illius vitæ*). C'est un amant passionné de toute la nature que ce panthéiste, qui, dans le fond de son âme, restera toujours un panthéiste, lui qui a écrit, au déclin de sa vie : « Est-ce que nous aimerions tant les choses, si elles n'avaient pas une âme? » Et il a vraiment aimé toutes les choses : amant de la lumière, des parfums, de l'harmonie de la musique et du chant, « même de la douceur de la manne et du miel », de la chair surtout, lui que l'on voit conjuguer pour ainsi dire le verbe aimer dans des termes splendides : « *Nondum amabam sed amabam amare*. (Je n'aimais pas encore et déjà j'aimais à aimer). *Amare et amari* (aimer et être aimé). Je ne voulais rien de plus. » Amoureux de l'amour, Augustin qui s'est jeté « dans les filets de l'amour où il voulait être pris », a connu tous les amours. « Mais je ne savais pas rester dans les bornes d'une pure et lumineuse amitié, et les vapeurs qui s'élevaient du limon de ma concupiscence et des bouillons de ma jeunesse enveloppaient et obscurcissaient mon cœur, au point qu'il ne distinguait plus la sérénité d'une affection légitime des ténèbres d'une passion infâme. » Plût à Dieu, d'ailleurs, qu'il eût su mettre des bornes à ses plaisirs et que les flots de sa jeunesse se fussent du moins arrêtés au rivage conjugal.

Mais non, il aimait le mal, non seulement pour le mal, mais encore pour la gloire et, avec des compa-

gnons de débauche, il errait dans Carthage, « dans la Babylone du siècle, se roulant dans la fange comme dans un bain parfumé ». Car il est à ce moment à Carthage, où bourdonne autour de lui « l'essaim des amours infâmes ». Là il est aimé, « il est parvenu jusqu'au lieu secret de la jouissance ; » mais, dans ce plaisir « il est lié par des nœuds d'angoisse, et comme déchiré par les verges brûlantes de la jalousie, des soupçons, des craintes, des colères et des querelles ». De quels termes plus forts s'est jamais servi la passion, et cette passion, dont il se souvient ainsi, n'est cependant plus, depuis longtemps, qu'un souvenir.

Bien plus, pareil à nos névrosés actuels, Augustin se révèle amant de la douleur : « Eh quoi ! nous aimons donc les larmes et les douleurs ? J'avais du plaisir à souffrir et cependant ce chatouillement, semblable à l'action des ongles sur une tumeur brûlante, finissait par produire une plaie sanglante et corrompue. »

Tout ce qui est péché, tout ce qui, pour un chrétien, est sacrilège, défile devant les yeux. Augustin donnait des rendez-vous dans les églises : « J'osai même, j'osai, mon Dieu ! pendant la célébration de vos saintes solennités et dans les murailles de votre église, concevoir un criminel désir et négocier un accord qui ne devait produire que des fruits de mort. »

Ainsi, Augustin nous dévoile tous ses anciens vices ; il entre dans le détail de chacun d'eux. Ces souvenirs d'une vie passée, tout entière consacrée à la volupté et à la débauche, ne troublent pas la conscience qu'il a d'être sauvé. Nous dirons pourquoi : saint Augustin, malgré les efforts de Bossuet pour l'en défendre, est l'auteur de la doctrine de la prédestination, et, quand il a écrit ses *Confessions*, il avait la certitude d'être un prédestiné : Dieu l'avait choisi de toute éternité pour prendre rang parmi ses élus.

Mais, malgré qu'il s'adresse éperdûment à ses sens que sa nature ardente et passionnée a su faire vibrer avec une intensité qui n'a jamais été dépassée par aucun homme, ce grand inquiet n'est pas heureux. « Il y a autre chose », lui répète une voix mystérieuse ; il y a quelque chose de plus. « Vérité... Vérité », c'est le mot qu'il entendait crier dans les rues de Carthage par les prêtres manichéens en quête de prosélytes et cet appel prometteur l'avait décidé à se convertir à leur doctrine : vérité, voilà le but vers lequel il tendit toute sa vie ; lui aussi, le grand homme inquiet, il voulait arriver « à la connaissance des choses ».

Manichéen d'abord, Augustin devait l'être, il devait être séduit par cette doctrine toute matérialiste, au moment où, n'étant pas encore parvenu à *l'Idée*, à cette période de sa vie, tout son être était ravi et comme en contemplation devant la beauté des formes. Et encore, cette doctrine panthéiste qui animait toute la nature et tous les êtres, qui les montrait sensibles au point que la figue et l'arbre, sa mère, dont on venait à détacher le fruit, versaient des gouttes de sang d'une blancheur de lait, cette doctrine ne devait-elle pas aussi satisfaire le cœur de celui qui a décrit si éloquemment la douceur des larmes : « Encore une fois, se demande-t-il, d'où vient que l'on cueille des fruits si doux des amertumes de la vie, tels que : gémir, pleurer, soupirer et se plaindre ? »

Mais, déjà, la doctrine des manichéens a imbu Augustin de rationalisme. Pour les manichéens, la substance de Dieu est répandue dans tout le monde. Cependant, à côté de Dieu, principe du bien, existe le principe du mal, répandu, lui aussi, dans l'univers. De là, la division de toutes les choses en substances pures et substances impures ; de là, l'explication du mal sur la terre.



Pourtant cette théorie ne satisfait pas Augustin et nous le voyons encore, dans ses *Confessions*, discuter le problème de l'origine du mal ; ce rhéteur de profession est resté toute sa vie un amateur de discussions d'écoles ; ce rationaliste aime ces dissertations dont il a pris l'habitude dans les discours dialogués qu'il tenait avec ses élèves, à la manière des professeurs d'alors, puisque, fante de livres en quantité suffisante, il fallait, à cette époque, recourir incessamment à l'enseignement oral.

Aussi, Augustin discute-t-il le problème de l'origine du mal avec une subtilité casuistique qui appelle déjà le Moyen âge ; et le Moyen âge ne manquera pas de se perdre, avec délices, dans le dédale des textes d'Augustin, tout hérissés de controverses.

Il n'est pas facile de dépouiller le vieil homme. Augustin est bien resté le rhéteur et le scolastique qui se vante d'avoir compris « à lui seul » à l'âge de vingt ans, les *Catégories* d'Aristote ; Aristote, cette bible scientifique du Moyen âge, lequel associera sans cesse, dans son enseignement, le philosophe grec et saint Augustin.

La conversion de saint Augustin se marque en plusieurs étapes. Un jour, à l'âge de dix-neuf ans, il lit l'*Hortensius*, de Cicéron ; il y voit, pour la première fois, le mot « philosophie », amour de la sagesse, et il en est frappé. Mais il reste pareil à lui-même : orgueilleux en dehors ; superstitieux en cachette (il consultait les astrologues), partout victime de la vanité. « D'un côté, je recherchais le mensonge de la gloire populaire jusque dans les applaudissements du théâtre, les concours de vers, les disputes de couronnes, et même les puérilités des spectacles ; enfin, je me livrais à l'intempérance de toutes mes passions. » Et il souffre : rien ne peut reposer son âme « sanglante et déchirée, ni les bois

ombragés, ni les jeux et les chants, ni les lieux embaumés, ni les plaisirs de l'amour, ni enfin la lecture et la poésie ». Tout est affreux à ses yeux, même la lumière. Il reste combattu entre mille sentiments et il s'écrie : « Quel abîme est-ce donc que l'homme dont les cheveux sont moins nombreux que les mouvements et les affections de son cœur ? »

Que d'éloquence dans ces souvenirs restés si vivaces ! Augustin se montre bien l'homme qui a écrit que « notre mémoire se souvient même de l'oubli ».

Cependant, il est fier de son intelligence ; mais de quoi lui servait cet esprit si agile dans les sciences humaines et cette facilité à dénouer, sans le secours d'aucun maître, les nœuds les plus embarrassés ? Car Augustin se trouvait matériellement dans une situation difficile qui était évidemment pour quelque chose dans son inquiétude morale. Les étudiants de Carthage à qui il apprend la rhétorique « commettent toutes sortes d'insolences avec une merveilleuse folie, que les lois condamneraient si elle n'était protégée par la coutume ». Et il est obligé de le souffrir depuis qu'il enseigne : voilà pourquoi il désire aller enseigner à Rome où « des gens bien informés » l'ont assuré que de pareils désordres n'avaient pas lieu. On saisit le fait : Augustin petit, chétif, sans cesse malade, d'une poitrine délicate et d'une voix faible, n'a pas d'autorité sur ses élèves et quand « il fait son cours », comme nous disons aujourd'hui, des scènes de désordre l'obligent à lever la séance. *Nil sub sole...* Pour comble d'infortune, il est saisi à ce moment d'une fièvre qui le met dans le plus grand péril. Alors, il fait des efforts pour retourner à la foi catholique dans laquelle l'a élevé sa mère, et qu'il a quittée pour se faire manichéen. Mais ces efforts restent stériles, car comment pourrait-il admettre le Christ, ce Dieu né de la chair, sans être

obligé « d'être contraint de penser que, né de la chair, il était souillé par la chair ». C'est que la chair a des souillures et Augustin ne l'ignorait pas.

Il vient donc à Rome : nouvel insuccès, ses élèves ne le paient pas ; ils l'abandonnent pour courir aux leçons d'un autre, « traîtres à la foi promise ».

Par bonheur, on écrit de Milan au préfet de Rome de vouloir bien procurer à la ville un professeur de rhétorique dont elle se charge de payer le voyage. Le préfet lui propose un sujet de discours ; sur cette épreuve, il est reçu et il part rejoindre son poste. Il ne croit plus aux doctrines manichéennes ; il reste catéchumène dans l'Église catholique, recommandée à ses yeux par ses parents, jusqu'à ce qu'il trouve quelque but certain où diriger ses pas.

Voilà donc Augustin professeur de rhétorique à Milan. Pour éclairer ses doutes, il va trouver saint Ambroise, car Monique, la mère d'Augustin, aime Ambroise « comme un ange de Dieu ».

On entrait chez Ambroise sans être annoncé. Mais Ambroise continue ses lectures et n'adresse pas la parole à Augustin qui le quitte « après être resté longtemps assis en silence ». Augustin semble avoir gardé un souvenir amer de ce manque d'accueil : « Pent-être craignait-il (Ambroise) que quelque auditeur attentif et embarrassé, en l'entendant lire tout haut quelque passage obscur, ne le forçât de lui expliquer et de discuter quelques questions difficiles. »

On sent ici poindre l'insinuation. Augustin, jeune rhéteur orgueilleux, fut sans doute deviné par Ambroise, personnage puissant, dont le futur évêque d'Hippone aurait bien voulu s'assurer la protection. Alors il reste dans son doute ; plusieurs passages de l'Écriture lui ont été expliqués « d'une manière plausible », cependant, il en reste réduit à attribuer à la

profondeur des mystères les apparentes absurdités qui l'avaient d'abord blessé.

Il est encore ambitieux ; il aspire toujours aux honneurs, à la fortune, au mariage ; mais tout le rebute : professeur officiel de rhétorique, il est obligé de réciter en public un panégyrique de l'empereur, plein de mensonges, et cependant approuvé par ceux-là même qui savaient que ce n'était que mensonges. Dévoré d'inquiétude, il lui arrive une fois de rencontrer, passant dans une rue de Milan, un pauvre mendiant qui avait un peu et qui paraissait joyeux et content. C'est l'occasion, pour le professeur de rhétorique, de faire à ses amis un long parallèle entre l'état de ce mendiant et sa situation personnelle.

Il conclut que ce mendiant est plus heureux que lui-même : « Au moins il était joyeux et moi inquiet ; il était tranquille et moi tremblant. »

Inquiétude, inquiétude toujours ! « Je disais : demain je trouverai ce que je cherche. Voilà déjà que ce qui me paraissait absurde dans les livres sacrés ne me le paraît plus. Mais où chercher la vérité ? Ambroise n'a pas le temps ; moi-même je n'ai pas le temps de lire. Où trouver les livres au moins ! Avec quoi et quand les acheter ? A qui les demander ? » Comme tout cela nous est bien dépeint : Augustin, dont le temps est pris par ses fonctions, n'a guère de loisirs ; sa place officielle est sans doute d'un rapport médiocre : alors, avec quoi acheter des livres ? Et que devenir, au milieu de tant d'agitations et de tant de dégoûts ? Il s'entretient avec ses amis « des turbulentes traverses de la vie humaine » ; avec eux, il forme presque le projet de se retirer du monde. C'est Romanianus, le riche Romain chez lequel Augustin s'est déjà retiré, comme on l'a vu plus haut, qui subviendra aux frais de la communauté ; Romanianus a de grands embarras et il veut aussi renon-

cer au monde. Mais les femmes s'opposent à ce projet et il faut l'abandonner.

Augustin reste donc encore dans le monde, mais catéchumène de l'Église catholique. « Au milieu du gouffre profond des voluptés charnelles », il a maintenant « la crainte de la mort et du jugement dernier ». Et, ancien disciple des manichéens, qui concevaient le monde comme un ensemble de substances bonnes ou mauvaises, suivant qu'elles étaient remplies du principe du bien ou du principe du mal, il cherche toujours à dénouer le problème du mal.

D'où peut venir le mal, puisque la religion catholique à laquelle il s'est rallié au moins provisoirement dans son esprit, enseigne que Dieu, qui est bon, a fait toutes choses bonnes comme lui? Augustin reprend, dans son livre, toutes ses réflexions anciennes à ce sujet. Il roule toutes ses pensées « dans son misérable cœur appesanti par la crainte de la mort ».

L'ancien épicurien devenu catéchumène a maintenant peur de la mort et de l'enfer. Et l'obsession continue, Augustin la retrace à chaque page : « D'où vient le mal? Quels tourments mon cœur ne souffrit-il pas dans l'enfantement de cette pensée? Quels gémissements, mon Dieu! Vos oreilles m'entendaient, mais je ne le savais pas. » Il ne trouve pas de relâche dans ses doutes; pourtant, il veut à toute force en être délivré, parce qu'il est rationaliste et parce qu'il a l'effroi de la mort et de l'enfer, lui qui a commis le mal.

Alors il ratiocine : il commence à comprendre qu'il faut que les choses soient bonnes pour pouvoir se corrompre et il arrive, après d'abondantes discussions, à se persuader que le mal n'est pas une substance, puisque toutes les substances sont de Dieu qui ne peut rien avoir fait que de bon.

Ainsi donc, le mal n'existe point réellement. D'ail-

leurs, Augustin s'accorde que certaines choses d'un ordre inférieur ont entre elles une harmonie : la terre, par exemple, est en harmonie avec un ciel nuageux et agité par le vent ; il existe seulement des degrés : les choses qui sont en haut valent mieux que celles qui sont en bas. Et puis encore, toutes choses sont bonnes en elles-mêmes, quoiqu'elles puissent ne pas être bonnes sous certains rapports. C'est ainsi que le pain, qui paraît si doux à la santé, est presque un châtimement pour un palais malade et que la lumière, si aimable pour un œil sain, est odieuse à des yeux fatigués.

Augustin s'approche de sa formule dernière et, si nous avons insisté sur ces détails, c'est afin de surprendre, d'après sa propre écriture, de quelle manière il va se sauver lui-même, en inventant le dogme de la prédestination.

Il arrive enfin à cette conclusion : Le mal, la perversité ne peuvent venir de Dieu, qui est essentiellement bon. Il écrit : « J'ai cherché ce que c'était que l'iniquité, et j'ai trouvé que ce n'était pas une substance (toujours l'influence de la doctrine manichéenne des deux substances), mais la perversité d'une volonté qui, de la *substance* souveraine, c'est-à-dire de Dieu, s'abaisse jusqu'à la plus basse, qui rejette le bien qu'elle porte en elle-même, et se gonfle au dehors dans son orgueil. » Augustin approche de sa solution : le mal vient de l'homme. Première étape vers la prédestination.

Chemin faisant, une traduction en latin des œuvres de Platon (Augustin ne savait pas le grec) lui tombe sous la main et, dans les livres de celui qui a été peut-être le plus grand des philosophes, un monde nouveau lui apparaît, le monde des idées ; l'idée qu'il pressentait, l'idée, conception première, l'intelligence, où s'est élaborée d'abord la formation de la matière, il l'a enfin rencontrée. C'est le *Logos* de Platon. Dieu, comme

source et siège des idées, suivant Platon, se dévoile à son esprit ravi, à sa raison satisfaite. Pourtant, ce n'est là encore qu'une nouvelle étape et le but n'est pas atteint. Ce Logos ne se découvre à lui que sous les aspects d'une forme magnifique, pareil à une œuvre d'art où éclate le génie grec, à la fois dans sa majesté et dans sa mesure, semblable à l'une de ces belles statues de l'art grec qu'Augustin a pu admirer à Carthage ou à Rome, mais statue de marbre aussi, à laquelle il manque toujours la vie et qui ne parle pas à son cœur. Fier de sa découverte, Augustin, après avoir lu « ces livres des platoniciens qui l'avertissaient de chercher une vérité incorporelle », est seulement « empli de sa vaine science ». Maintenant, il a vu seulement du haut « la patrie de la paix », il n'y est pas encore. Que lui manque-t-il ? Dieu, qui va non seulement lui donner la vérité, mais encore la puissance de l'apercevoir (c'est toujours, on le voit, la doctrine de la prédestination).

Pour lui, *« il est fatigué de la vie du siècle, et elle lui est à charge, depuis qu'il a cessé d'être enflammé des passions ordinaires des hommes, des espérances d'honneurs et de richesses qui lui faisaient supporter une si rude servitude »*.

« Je restais languissant et dévoré de soucis rongeurs, parce que la vie du mariage, vers laquelle m'entraînait ma passion, m'eût forcé, en même temps, d'accepter beaucoup de charges que je ne voulais pas souffrir. » Et il se répétait, dans son désarroi, la parole de saint Mathieu : « Plusieurs sont ennuqués qui se sont faits tels pour gagner le royaume des cieux. Qui peut me comprendre me comprenne. » On saisit à plein, ici, l'état d'âme de saint Augustin en marche pour une autre vie.

Trop faible cependant, pour prendre une décision par lui-même, Augustin, avant de suivre la parole de saint,

Mathieu, va trouver un prêtre, Simplicianus, que saint Ambroise qui s'était détourné d'Augustin, considérait comme son véritable père. Celui-ci fait à Augustin le récit d'une conversion éclatante, celle d'un certain Victorinus. — Simplicianus se donne aussi en exemple à Augustin : il était lui-même revenu de bien loin, puisqu'il avait été adorateur du chien Anubis, une des divinités égyptiennes, et quand il a raconté à Augustin la conversion de Victorinus acclamé par les catholiques, après sa déclaration de foi, aux cris de : « Victorinus! Victorinus!! » le futur évêque d'Hippone est enflammé du désir d'imiter l'éclatant converti.

Mais, « la passion toujours obéie se change en habitude », et Augustin ne peut pas encore rompre ses chaînes : deux volontés continuent à lutter en lui : « la chair convoite contre l'esprit et l'esprit contre la chair ». — A ce moment, Augustin et ses amis reçoivent la visite d'un de leurs concitoyens d'Afrique, Pontitianus. Augustin lui parle de ses lectures des écritures : Pontitianus commence à parler à Augustin et à ses amis, d'Antoine, l'anachorète de l'Egypte, qu'ils ne connaissent pas. De là « l'entretien passé à cette foule de monastères, à ces déserts fertiles peuplés d'ermites » dont ils ne savent rien. Ils écoutent tous, en silence, Pontitianus, attachés à ses paroles.

Après cette conversation avec Pontitianus, « Augustin se retire dans le petit jardin de sa maison, plein du tumulte de son cœur ». Il se dispute avec lui-même; il est divisé par lui-même. Et cette division se fait malgré lui; ce n'est pas lui-même qui en est la cause, c'est le péché qui habite en lui : car il est fils d'Adam.

Augustin s'achemine, on le voit, toujours davantage vers la doctrine de la prédestination; *déjà il ne se croit plus coupable*. Ainsi qu'il l'écrira plus tard, « les fils d'Adam ne peuvent pas ne pas pécher ». La liberté



humaine n'existe pas. Il n'y a de liberté que pour Dieu. La race des fils d'Adam est damnée tout entière depuis le péché originel et « nul n'est relevé de ce juste et mérité supplice que par la miséricorde divine et par une grâce où il n'a aucun droit ». Selon que nous avons ou non la grâce, nous agissons bien ou mal, et nous ne saurions la mériter, ayant été élus ou réprouvés de toute éternité.

La félicité suprême est l'état où l'on ne peut plus pécher. Augustin va parvenir à cet état. Il va bientôt se convaincre qu'il est un prédestiné.

Toutefois, il n'en est pas encore là. Les passions, « ses anciennes amies », à la manière des courtisanes de tous les temps, « le tirent par les vêtements de sa chair, » et lui murmurent : « Nous abandonnes-tu? Eh quoi! nous ne serons donc plus jamais avec toi? » *Non erimus ultra cum te.* Elles n'osent pas le combattre ouvertement, mais elles grondent par derrière, le mordant furtivement, à mesure qu'il s'éloigne, pour le forcer à se retourner. Admirable peinture! D'ailleurs, Augustin se répète de son côté : « Penses-tu pouvoir vivre sans elles? »

Ce sont, comme disent les psychiatres, les voix d'attaque. La voix de défense, la continence, lui répond : « Regarde ces enfants, ces jeunes filles chastes. Ne peux-tu donc pas ce que peuvent ceux-là et celles-ci? Mais les uns et les autres ne peuvent rien sans le Seigneur, leur Dieu. C'est le Seigneur Dieu qui m'a donnée à eux (toujours la prédestination). Jette-toi avec sécurité dans les bras de Dieu. Ne crains rien, il ne se dérobera pas à tes caresses ; il te recevra et te guérira. »

Augustin a, à ce moment, près de lui, son ami d'enfance, Alype. Il s'étend sous un figuier. Voici venir la scène dernière de la conversion. Il est arrivé à l'état d'esprit que nous avons relevé en le suivant à chaque

page des *Confessions*. Il entend sortir d'une maison voisine une voix de jeune garçon ou de jeune fille, il ne sait, qui lui dit en chantant et à plusieurs reprises : « Prends et lis, prends et lis ». Aussitôt, changeant de visage, il se met à chercher avec réflexion s'il n'y a point quelques jeux où les enfants aient l'habitude de prononcer de semblables paroles : et il lui est impossible de s'en rappeler aucun. Réprimant alors le flot de ses larmes, il se lève, interprétant cette voix comme un avertissement divin d'ouvrir le livre sacré et de lire le premier chapitre qu'il rencontrera. Car, il a entendu dire qu'Antoine a été aussi averti par une lecture de l'Evangile, sur lequel il était tombé par hasard, et qu'il s'était appliqué ce qu'il avait lu. Invité par cet exemple, Augustin retourne au lieu où il a laissé son ami Alype, car il y avait posé le livre de l'Apôtre qu'il lisait sans cesse, au moment où il s'était levé. Il prend le livre, l'ouvre au hasard et lit ce verset : « Ne demeurez pas dans les festins et dans l'ivresse, dans les lits et les impudicités, dans les rivalités et les vaines jalousies : mais revêtez le Seigneur Jésus-Christ, et n'ayez pas soin de votre chair jusqu'à la concupiscence. » — « Je ne voulus pas lire davantage », termine Augustin, « c'était inutile ». Aussitôt, il va trouver Alype, lui montre le verset. Alype lit à son tour, mais connaissant mieux Augustin qu'Augustin ne se connaît lui-même, Alype l'invite à poursuivre et Augustin lit : « Soutenez celui qui est faible dans la foi ».

Ici, on peut placer peut-être une réflexion. Augustin, en suivant l'exemple d'Antoine qui s'était appliqué un passage d'un livre ouvert au hasard et l'avait interprété comme un avertissement divin, avait oublié une circonstance de sa propre vie qu'il nous a racontée encore dans les *Confessions* (liv. IV, chap. III). Il nous narre, en cet endroit, qu'il s'entretenait souvent avec un

ancien proconsul qui l'avait couronné dans un concours littéraire. Un jour, il l'interrogea sur les tireurs d'horoscopes et le sage vieillard lui conseilla de ne pas y croire. Augustin, toujours amoureux de la discussion, demanda alors comment il peut se faire qu'à l'aide de principes si faux on puisse souvent prédire la vérité. Et le vieillard lui répondit que « la force du hasard, répandue partout dans la nature, en était la cause. C'est ainsi, lui dit-il, que, souvent, en ouvrant au hasard un poète qui, sans doute, n'avait pas une telle intention en écrivant, on tombe sur un vers qui s'accorde merveilleusement avec votre situation présente ».

Augustin, en ouvrant le livre de l'apôtre Paul, avait oublié cette anecdote de sa vie. D'ailleurs, tout se répète, et l'on connaît encore l'exemple de La Harpe qui, enfermé à la Conciergerie et sur le point de passer devant le tribunal révolutionnaire, ouvrit au hasard *l'Imitation* et fut merveilleusement consolé par cette parole qui lui sembla être une réponse : « Me voici, mon fils, je viens devant vous, puisque vous m'avez appelé. »

Désormais, la résolution d'Augustin est prise. Il est convenu avec ses amis intimes, qu'il attendra jusqu'aux vacances sans rien laisser ébruiter et qu'alors il abandonnera son emploi. « D'ailleurs, nous dit-il, le travail excessif des leçons publiques avait affaibli ma poitrine; je commençais à respirer difficilement; des douleurs intérieures témoignaient que le poumon était malade; et déjà ma voix était moins claire et moins facile. » Verecundus, un ami, lui offre sa maison de campagne tant qu'il restera dans ce pays.

Maintenant, Augustin s'enflamme à la lecture des psaumes. « Il brûle de les réciter, s'il était possible, devant l'univers, pour braver l'orgueil humain. » Le disputeur carthaginois, comme l'appelleront ses enne-

mis, va se révéler. Mais, par instants, son exaltation tombe, et il répète ce verset : « Je m'endormirai, je prendrai du repos ». Il prend des loisirs et pendant ces heureux jours, ainsi qu'il les appelle, il reçoit encore une preuve de la bonté de Dieu. « Vous me tourmentiez alors, Seigneur, d'un grand mal de dents, et comme il s'était aggravé jusqu'au point de m'empêcher de parler, il vint dans mon cœur la pensée de demander à ceux qui m'entouraient, de prier pour moi le Dieu d'où vient tout salut. Et j'écrivis cette demande sur de la cire, et je la leur fis lire. Mais, à peine eûmes-nous plié les genoux, dans un sentiment de supplication, que la douleur s'envola. » Dieu est maintenant avec lui, Augustin en est persuadé. « Ses péchés passés lui seront remis par son baptême. »

Dans son nouvel état d'âme, Augustin exalte le Seigneur ; il le fait encore en amant de la nature : « Ce n'est pas la splendeur du corps, la beauté temporelle, l'éclat de la lumière si cher aux yeux charnels, ni les douces mélodies des cantiques aux tons variés, ni l'odeur exquise des fleurs, des parfums et des aromates, ni la manne, ni le miel, ni enfin tout ce qui peut plaire aux caresses de la chair. Non, ce n'est point tout cela que j'aime en Dieu ; et cependant, j'aime en lui une certaine lumière, une certaine voix, une certaine odeur, une certaine nourriture, et enfin de certains embrassements. » La volupté des sens le tient encore, « car la mémoire se souvient même de l'oubli » ; la sienne conserve toujours les images de ces choses que l'habitude y a fixées : elles se présentent à lui, pendant la veille, sans puissance, il est vrai ; mais dans le sommeil, elles se présentent encore et vont jusqu'à produire, non seulement le plaisir, mais le consentement et même quelque chose qui ressemble à l'action. « Et l'illusion de ces images est si puissante sur mon âme et sur ma chair que, toutes

fausses qu'elles soient, elles obtiennent de moi, dans le sommeil, ce que pendant la veille elles ne peuvent obtenir malgré leur réalité. Ne suis-je donc plus moi quand je dors, Seigneur, mon Dieu ! » Ah ! ces mouvements de concupiscence qui assiégent même son sommeil. Quoi ! malgré son âme échappée à la glu de la concupiscence, cette âme accomplit cependant, dans le sommeil, ces turpitudes de corruption que des images sensuelles provoquent jusqu'à la jouissance de la chair.

L'évidence est complète : Augustin se confesse avec une entière liberté et, dans d'autres chapitres qui suivent, il écrit un véritable hymne aux sens, décrivant les plaisirs de chacun d'eux en amoureux de la vie et de la volupté. Quel chapitre que celui de la volupté des yeux ! Oui, encore une fois, sa mémoire se souvient même de l'oubli. Pourtant, dans cette immense forêt, pleine de pièges et de périls, il a retranché et arraché de son cœur bien des ronces, car Dieu lui a donné la force de le faire. Pourquoi cette liberté, cette complaisance dans la description des plaisirs des fautes ? c'est qu'Augustin ne craint plus rien.

Car après son baptême, il arrivera définitivement à la conviction qu'il a été de toute éternité un élu et qu'« il ne peut plus pécher parce que Dieu lui a donné la grâce nécessaire ». Toujours combattif, le disputeur carthaginois bataillera maintenant jusqu'à son dernier jour contre les manichéens, ses anciens coreligionnaires contre les donatistes, contre toutes les sectes, si nombreuses, d'hérétiques qui surgirent dans l'Afrique d'alors. Et, jusqu'au dernier jour optimiste dans sa foi, il mourra au milieu du cataclysme barbare, après le sac de Rome et l'écroulement du monde romain, au milieu du bruit des trompettes qui appellent à chaque instant sur les remparts les derniers défenseurs d'Hippone assiégée.

Magnifique exemple, au total, d'une âme d'élite qui, malgré toutes ses erreurs, fut, dès l'adolescence soutenue par le désir de connaître la vérité, et qui sut arriver à force d'efforts à une vérité qui la consola.

Augustin devait, selon nous, figurer parmi les Grands Inquiets, parmi les grands hommes qui, pendant toute leur vie, furent poursuivis par cette inquiétude naturelle à l'homme : « La recherche des choses qu'il ne peut savoir. »

Nous avons cherché à montrer à travers quels événements Augustin parvint à triompher de ses passions. Il dut quelque chose à Cicéron dont l'Hortensius le fit arriver à l'idée d'une réalité incorporelle, puis aux manichéens dont la théorie sur les deux substances l'amena à rechercher pendant si longtemps le problème de l'origine du mal qu'il a résolu, on l'a vu, en attribuant uniquement le mal à la perversité de l'homme. De là lui vint son idée du dogme de la prédestination dont il dut même le point de départ aux astrologues qu'il avait consultés. Car ce sont les astrologues, ces imposteurs, qui lui disaient (liv. IV, chap. III des *Confessions*) : « C'est du ciel que nous vient la cause inévitable du péché. C'est Vénus, c'est Saturne, c'est Mars qui sont les auteurs de nos actions. Aussi, l'homme est innocent, lui qui n'est que chair, sang, orgueilleuse pourriture : la faute retombe sur celui qui a créé et ordonné le ciel et les astres. »

Augustin, en amalgamant ces idées des astrologues avec la doctrine du péché originel, a créé le dogme de la prédestination. Oui, l'homme est innocent ; il n'est qu'orgueilleuse pourriture, il ne peut pas ne pas pécher, car il est fils d'Adam. Mais Dieu peut sauver ceux qu'il veut. Puissance de l'idée : assuré qu'il ne pouvait plus pécher parce qu'il avait la grâce, Augustin ne pécha plus quand il fut « fatigué d'ailleurs par la vie du siècle et

qu'il eut cessé d'être enflammé des passions ordinaires des hommes ».

L'évêque d'Hippone devait être l'auteur du dogme de la prédestination. Cet ancien épicurien, cet amoureux de l'amour ne pouvait concevoir qu'un Dieu infiniment aimable ; son âme tendre et toute de passion, après que sa raison eut connu le Logos, pleura sur le Verbe, le Verbe fait chair, de cette chair qu'Augustin avait tant aimée. La froide statue, le marbre de Platon, s'était animée, et elle lui ouvrait les bras avec la parole : « Venez à moi, vous qui souffrez. »

Aussi, Augustin ne craint-il, à aucun moment, de s'étendre sur ses péchés. Quelque grand qu'en soit le nombre, n'importe, le nombre en est fini et la miséricorde de Dieu est infinie.

Augustin se fait un Dieu à son image. Quelle différence avec le Dieu terrible créé par l'âme sombre d'un Pascal, ce Dieu, dont on ne peut pas arriver à se prouver l'existence et qu'on tente cependant de fléchir par les pratiques d'un ascétisme désespéré. Non, Pascal qui embrassa avec Jansénius la doctrine d'Augustin sur la prédestination, ne se crut pas, lui, un prédestiné.

Désormais, Augustin aura compris : sa terreur de la mort et de l'enfer aura disparu pour toujours. Car, comment n'aurait-il pas été un prédestiné de ce Dieu de chair, tout amour, qui s'est immolé pour les hommes et qui se penche sur leurs douleurs pour les consoler ; Dieu de miséricorde et de pardon, qui récompense l'ouvrier de la douzième heure autant que celui de la première et dont le paradis est plus heureux de recevoir « un seul pénitent que 99 justes qui n'ont pas besoin de pénitence ».

Qu'importe maintenant le sens caché de l'Écriture, les doutes que l'on peut avoir dans son interprétation : « La liberté humaine est la cause du mal. » Augustin libre a commis le mal ; maintenant il ne l'est plus ; il

a la foi et la grâce, il est sauvé puisqu' « il ne peut plus pécher ».

Qu'importe les absurdités des textes : « *Credo quia absurdum.* »

Admirable effort de la volonté que celui de cet homme qui, né faible et voluptueux, mais possédé par le besoin de la vérité, sut s'élever au-dessus du « marécage de la chair » jusqu'au monde de l'Idée directrice des grandes actions des hommes et devenir un impérissable modèle d'abnégation et de charité, après avoir, ainsi qu'il s'exprime en un magnifique langage, « comme une forêt pleine d'ombre, osé pousser toute une végétation d'amours ».

Augustin, en réalité, est resté le même, le fond ne change jamais, et il se retrouve l'homme de chair ; dès que son esprit ne veille plus. On a vu sa plainte éloquente : « Ne suis-je donc plus moi, quand je dors, Seigneur, mon Dieu ! »

Mais, quand il veille, c'est au tour de « l'esprit à convoiter contre la chair ». L'esprit triomphe. « Donnez-moi un point d'appui et je soulèverai le monde », avait dit Archimède. Le point d'appui de la volonté de l'homme, c'est l'Idée, l'Idée à laquelle on sacrifie bien plus que ses passions, puisqu'on lui sacrifie sa vie. Et Augustin, enfin avait trouvé l'Idée.

(A suivre.)



---

## Pathologie

---

# LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION <sup>1</sup>

Par le Dr J. CAPGRAS,

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

---

MESSIEURS,

Les malades, ou plutôt les anormaux, que je vais vous décrire, sont des individus lucides qui, dans la majorité des cas, ne ressemblent nullement à des aliénés, au sens vulgaire du mot. Observe-t-on leur conduite, cause-t-on avec eux, lit-on leur correspondance, on ne découvre, de prime abord, aucun trouble morbide, et souvent on reste surpris de trouver, même chez des sujets depuis longtemps internés, une intelligence vive et pénétrante, des saillies spirituelles, des réflexions judicieuses. Quelques-uns se contentent d'émettre des plaintes plausibles. D'autres produisent l'impression de raisonneurs ontranciers, d'esprits faux, guidés par un parti-pris d'envisager la plupart des événements sous un angle spécial. Plusieurs, néanmoins, sans différer des précédents par aucun trait essentiel, ne reculent pas devant les affirmations les plus hardies : ils se plaignent de persécutions étranges ou bien ils se prennent pour de grands personnages. Des entretiens

---

(1) Conférence faite à l'Asile Clinique en février 1914 (cours de psychiatrie organisé par le professeur Gilbert Ballet, G. Dumas et Laignel-Lavastine).

prolongés les montrent toujours prêts à expliquer des incidents futiles dans un sens unilatéral et égocentrique en rapport avec leurs tendances prédominantes. Ils s'intéressent à l'entourage, lisent attentivement les journaux, notent les moindres vétilles et savent ensuite y puiser de nombreux arguments en faveur de leurs conceptions. Celles-ci, toujours quelque peu vraisemblables, et parfois dignes d'être contrôlées, n'apparaissent point comme l'œuvre d'une imagination déréglée ou d'illusions sensorielles, mais comme le résultat d'une observation sagace, d'une perspicacité aiguisée.

Ces individus, chez lesquels on constate ce curieux mélange de raison et de déraison, sont atteints d'une psychose chronique appelée délire d'interprétation. Avant de la décrire, je vous dirai quelques mots du symptôme l'interprétation délirante.

Par ces termes, interprétation délirante, on désigne un jugement affectif qui, de prémisses exactes, infère des conclusions erronées et souvent contraires au bon sens. C'est, généralement, à l'aide de déductions ou d'inductions arbitraires que, du phénomène envisagé, le malade tire des conséquences fantaisistes. Quelquefois, ces conclusions semblent résulter d'une intuition plutôt que d'un raisonnement syllogistique. Mais, dans tous les cas, c'est un fait réel qui sert de point de départ à l'erreur; presque toujours encore, ce fait prend une signification personnelle pour le sujet, invinciblement poussé à tout rapporter à lui.

L'interprétation délirante se distingue facilement de l'hallucination. Quelques auteurs, pourtant, avec Dromard et Masselon, estiment qu'entre le trouble sensoriel et l'erreur de jugement il n'y a qu'une différence d'intensité; à notre avis, au contraire, existe entre eux une différence de nature. L'hallucination, en effet, a pour caractères fondamentaux : 1° d'être automatique,

de surgir spontanément et involontairement dans la conscience du sujet ; 2° de prendre pour le sujet l'apparence d'un phénomène objectif, complètement étranger à son moi. Ces deux caractères suffisent — du moins au point de vue séméiologique — à la séparer radicalement de l'interprétation délirante.

Celle-ci diffère encore de l'idée délirante, créée de toutes pièces par l'imagination. Elle a, par contre, la plus étroite ressemblance avec certaines erreurs, quasi normales, celles du mysticisme, par exemple. Elle rentre dans la catégorie de tous ces jugements de valeur, analysés par Ribot dans la Logique des sentiments.

Loin d'être le symptôme pathognomonique d'une affection déterminée, l'interprétation délirante s'observe dans un grand nombre de psychoses, où existe soit une exaltation de l'émotivité, soit un état de confusion ou d'affaiblissement intellectuel. Des états passionnels, comme l'amour, la jalousie, la timidité, l'avarice, l'ambition, donnent également naissance à des interprétations fausses. Ces interprétations ne diffèrent pas essentiellement entre elles. Telle jalouse — j'emprunte cet exemple à M. Dumas — qui croit que son mari la trompe avec une Espagnole parce qu'elle le voit fumer un cigare espagnol, ressemble singulièrement à ce persécuté qui se convainc de son infortune conjugale parce que, sur un de ses portraits, il découvre une corne formée par une mèche de ses cheveux. M. Libert, dans une observation intéressante, a montré récemment le passage graduel de l'interprétation passionnelle à l'interprétation délirante.

\*  
\* \*

Après ces préliminaires, j'arrive à l'étude de la psychose interprétatrice chronique ou délire d'interprétation. Cette psychose est caractérisée par les signes sui-

vants : 1° prédominance et organisation de nombreuses interprétations délirantes ; 2° absence ou rareté des hallucinations ; 3° conservation de la lucidité et de l'activité psychique ; 4° fixité d'une idée ou d'une tendance prévalente et extension généralement progressive des interprétations ; 5° absence de démence terminale.

Isolé depuis peu de temps dans la nosographie psychiatrique, le délire d'interprétation n'avait pourtant pas échappé à la sagacité clinique des grands aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, mais il restait confondu avec les psychoses hallucinatoires.

Leuret, le premier, en 1834, tenta de séparer, sous le nom d'*arrangeurs*, des malades qui n'ont pas d'hallucinations, mais qui tirent des faits les plus insignifiants des conséquences fausses. La tentative de Leuret passa inaperçue, et, pour découvrir quelques rudiments du délire d'interprétation, il faut arriver aux études de Trélat, sur la Folie lucide, et à celles de Jules Falret sur les Persécutés raisonnants, en 1866. De ces derniers, Falret distinguait, en 1892, non seulement les persécutés hallucinés, mais aussi les persécutés qui n'ont que des interprétations délirantes. Le délire d'interprétation fut esquissé par Sérieux en 1890.

Il était englobé, à l'étranger, dans la paranoïa, groupe hétérogène, comprenant tous les délires systématisés, aigus et chroniques. On décrivait, entre autres variétés, une paranoïa chronique simple et une paranoïa chronique hallucinatoire. La première, paranoïa chronique simple, correspond au délire d'interprétation, et c'est à celle-ci seulement que Kraepelin réserva, en 1899, l'épithète de paranoïa, rejetant la plupart des autres variétés dans la démence précoce, et, plus tard aussi, dans la psychose maniaque-dépressive.

Depuis 1902, dans une série de mémoires, et dans une monographie parue en 1909, nous avons, avec

M. Sérieux, défini les caractères du délire d'interprétation et tenté de le séparer d'une autre forme morbide, le délire de revendication ; je reviendrai plus loin sur ce dernier point. A la suite de nos travaux, nombre d'observations publiées ont confirmé l'existence et l'autonomie de cette psychose. Citons le rapport de Desroubaix, les thèses de Wallon, de Hannard, de Terrien, les articles de Denys et Camus, de Dromard, de Libert, de Masseloir, d'Halberstadt, de Ducosté, de Damaye, etc...

Le délire d'interprétation est donc essentiellement caractérisé d'un côté par l'existence de nombreuses interprétations organisées en un système cohérent, sans intervention de troubles hallucinatoires ; d'un autre côté, par la persistance d'une activité psychique qui se révèle normale, quand elle s'exerce sur tout autre sujet que le thème délirant. A ces signes fondamentaux s'associent maintes fois des symptômes secondaires, mais susceptibles, au moins par intervalles, de prendre un certain relief, et, par suite, de donner à la psychose une physionomie un peu spéciale.

J'étudierai d'abord les symptômes fondamentaux, puis je passerai en revue les symptômes accessoires.

Les signes fondamentaux comprennent : 1° les interprétations délirantes ; 2° les conceptions délirantes ; 3° l'état mental des interprétateurs.

L'interpréteur n'altère qu'exceptionnellement la réalité, mais il l'adapte à ses tendances, à ses sentiments, à ses désirs ou à ses craintes. Chaque malade a, suivant sa tournure d'esprit, une façon originale d'expliquer les événements, de régler les coïncidences, de codifier le hasard. Tantôt, les déductions formulées restent vraisemblables ; tantôt, elles deviennent fantaisistes ou même monstrueuses, et quelquefois franchement absurdes. Mais, étroitement liées à un fait exact,

elles s'accompagnent d'un tel cortège de preuves que leur absurdité s'efface pour faire naître, chez l'auditeur le plus sensé, le doute et parfois l'adhésion entière. Le délire d'interprétation est, en effet, la plus convaincante des folies ; il se communique souvent à l'entourage, et, très souvent encore, c'est à l'occasion de l'internement d'interprètes que l'on entend parler de séquestrations arbitraires.

Dans l'inépuisable matière qui sert d'aliment au délire, on peut distinguer, d'une part, les faits externes pris dans l'ambiance ; d'autre part, les sensations organiques ou les phénomènes mentaux. Suivant les expressions de Wernicke, le délire peut être allopsychique ou exogène, somatopsychique ou endogène.

Le délire allopsychique utilise de préférence les plus minimes incidents : un regard, un sourire, un geste, les chansons ou les jeux des enfants, les embarras de la rue, les ordures des trottoirs, un rien sert de prétexte aux déductions les plus imprévues. Une bousculade fortuite devient un attentat prémédité ; une tache de boue prend la signification d'un outrage. Les passants s'arrêtent pour le regarder, assure le malade, ou bien ils se cachent la figure pour ne pas le voir. On cligne de l'œil, on se gratte le nez, on se lèche les lèvres : autant de propositions obscènes. « Pourquoi, dit un jaloux, les gens se tapent-ils sur l'œil, sinon pour me dire que je suis un mari aveugle. » Une persécutée hypocondriaque rencontre trois ou quatre ambulances dans sa promenade ; n'est-ce pas le présage d'une maladie qui va l'atteindre, et, comble de l'ironie, une amie lui envoie, sur une carte postale, le Palais des Invalides, afin de lui mieux certifier qu'elle deviendra impotente. Une femme affirme que son mari veut divorcer parce qu'il lui adresse une lettre affranchie avec deux timbres à cinq centimes. Une autre découvre

un trou au plafond de sa chambre ; c'est, évidemment, pour épier ses moindres faits et gestes ; d'ailleurs, sous le prétexte de visiter l'appartement à louer, nombre de gens viennent se documenter sur son genre de vie.

Les propos surpris dans les conversations d'autrui, les injures ou les cris entendus dans la rue, jouent souvent un rôle décisif dans l'élaboration du délire. Il importe de bien connaître cette particularité, car, à un examen sommaire, les arguments de cet ordre risquent de faire prendre les interpréteurs pour des hallucinés, alors qu'ils ont bien réellement perçu les voix dont ils parlent. On les a traités de moules, de poires, de maque-reaux, disent-ils ; or, ce sont les cris des marchands dans la rue qu'ils prennent ainsi pour des injures personnelles.

Parfois, des bribes de conversations deviennent révélatrices des faits les plus graves. Une cuisinière, persécutée, entend ses maîtres dire d'abord : « Elle va l'aimer, ce petit » ; et, un peu après : « Tous les enfants se ressemblent » ; puis : « Ça se voit ». Elle conclut que l'on parle d'elle et qu'on la soupçonne d'être enceinte. Un autre jour, son patron dit encore : « Elle est bien capable de l'avoir fait couler ! » Accusation évidente d'avortement. D'ailleurs, ces mêmes accusations, elle les retrouve dans la rue, sur des affiches où on lit : « Maladie secrète », et encore : « Crime forcé ». Et n'allez pas supposer que ces affiches ne la concernent pas ; elle vous répondra que, dès le lendemain du jour où elle les avait lues, ces affiches furent déchirées ; n'est-ce pas la preuve qu'elles étaient bien mises intentionnellement sur son passage.

L'interprétation des coïncidences est un jeu auquel se plaît, tout spécialement, l'esprit perspicace de l'interpréteur. Entre deux faits, aussi disparates soient-ils, il établit des rapports de causalité, si ces faits éveillent

son attention ou provoquent chez lui une émotion. En voici quelques exemples. Une persécutée, exaspérée de se voir sans cesse suivie par des agents déguisés, murmure un jour : « C'est pire qu'à Berlin ici, on est entouré d'espions. » Or, à quelques jours de là, elle aperçoit sur les murs une affiche avec ces mots : à Berlin, allusion certaine à la phrase qu'elle a prononcée. Une autre persécutée affirme que la police connaît toutes ses pensées ; elle en fournit la preuve suivante. Au cours d'une promenade sur les boulevards, le soir, elle a envie de s'allonger sur un banc ; or, quelques instants plus tard, elle voit un sergent de ville en train de secouer un individu endormi sur un banc ; n'est-ce point là une comédie préparée pour lui démontrer que ses plus secrets désirs n'échappent pas à ses ennemis. Un autre jour, elle admire un bouquet d'œillets ; le lendemain, ces fleurs sont desséchées, c'est donc que l'on devine ses sentiments les plus intimes et qu'on cherche à la faire souffrir en la contrariant. Une fois lancé sur cette voie, l'interprétateur ne recule pas devant les affirmations les plus fantastiques. Une persécutée entend un coup de tonnerre : elle a aussitôt des palpitations, et, en même temps, elle pense à son amant, qui est devenu son ennemi acharné ; à trois reprises, l'orage produit sur elle la même émotion, la même pensée. Dès lors, elle reste convaincue qu'elle a eu pour amant un homme capable de diriger la foudre.

Non moins caractéristique est le délire somatopsychique ou endogène, c'est-à-dire la signification accordée aux divers malaises organiques. Nulle de ses souffrances ne paraît naturelle à l'interprétateur. Diarrhée, constipation, coliques, vomissements, démontrent péremptoirement qu'il a été empoisonné et qu'à juste raison il se méfiait de tel potage couvert de gouttelettes huileuses. Secousses musculaires, crampes, frissons, troubles vaso-



moteurs prouvent aussi clairement qu'il est électrisé. A l'occasion d'une angine, un persécuté écrit : « Je suis, en ce moment, victime des procédés les plus violents dans la gorge, sur les amygdales : elles sont gonflées savamment. » Celui-ci, atteint de séborrhée du cuir chevelu, conclut qu'on lui lance des poudres toxiques sur la tête, et, à titre d'échantillon, il montre triomphalement quelques pellicules. Celle-là exhibe ses ulcères variqueux, manifestation évidente des piqures qu'elle reçoit pendant son sommeil. Cette autre se réveille la nuit avec une violence céphalée : on l'a donc asphyxiée ; aussi bien les allumettes qu'elle essaie de craquer ne prennent pas ou s'éteignent immédiatement ; oserait-on nier encore que l'air de sa chambre fût empoisonné ! Les troubles de la ménopause sont également, chez les femmes, une source abondante d'interprétations.

Quelques malades interprètent même les modifications de leur humeur, leurs impatiences, leurs désirs ou leurs phobies. A l'un, on donne envie de parler, on rend l'autre silencieux ; un troisième se plaint de sa timidité, de sa pusillanimité. On lui enlève ses moyens, on veut l'empêcher de se défendre, on le fait balbutier devant des magistrats. Il est tantôt hébété, tantôt excité ; il écrit difficilement, il fait des fautes d'orthographe. Tous ces changements surprenants de son caractère et de ses aptitudes ne peuvent s'expliquer que par l'influence occulte de ses ennemis.

Certains persécutés trouvent aisément l'explication des troubles mentaux épisodiques qu'ils peuvent présenter et dont ils ont conscience : accès de dépression ou d'agitation, délires hallucinatoires passagers, leur font comprendre qu'on veut les rendre fous. Les rêves du sommeil normal ou bien des délires de rêve transitoires sont, de la même manière, regardés comme des

avertissements ou des révélations. Quelques interpréteurs fabriquent ainsi une sorte de clef des songes à leur usage.

Il est, enfin, une source d'interprétations sur laquelle il convient d'insister, car, dans certains cas, elle alimente abondamment le délire : c'est l'interprétation des faits passés. Le malade ne se contente pas de puiser dans les sensations présentes, il fouille dans sa mémoire pour évoquer et expliquer à sa façon des souvenirs plus ou moins anciens. De menus incidents, des propos puérils, qui n'avaient primitivement éveillé aucun soupçon, s'éclairent d'un jour nouveau et viennent corroborer les convictions actuelles. Une persécutée se rappelle qu'on la trouvait très dégourdie quand elle était toute petite ; elle devait donc être déjà ensorcelée. A une autre, on a dit autrefois : « Pauvre enfant » ; on la savait, par conséquent, vouée au malheur. Une troisième, caressée du nom de Petite Reine, en conclut qu'elle est d'origine princière. Ce dernier, enfin, revendique des droits à la tiare, parce que, le jour de sa première communion, il a déclaré à un évêque qui l'interrogeait sur sa vocation : « Moi ! Je veux être pape ! » Ces interprétations de souvenirs s'organisent en un délire rétrospectif, qu'il importe de savoir reconnaître, car ce délire rétrospectif se fusionne intimement au délire actuel et donne alors à la psychose l'apparence d'une paranoïa originelle dont les premières manifestations remonteraient à l'enfance.

La perspicacité des interpréteurs s'exerce principalement, on le voit, sur des faits que tout homme sensé juge insignifiants. Dans quelques cas, pourtant, elle s'applique, de préférence, à des événements importants : revers, chagrins domestiques, deuils, etc., ou même à la grande actualité. Les tendances égocentriques et ambitieuses de ces malades leur font admettre qu'ils

jouent le premier rôle sur la scène du monde : ils se considèrent comme causes ou même auteurs des découvertes retentissantes, des guerres, des changements de gouvernement, des morts de personnages illustres. Une persécutée ambitieuse, dont l'observation a été publiée à divers points de vue, arrive ainsi à ne voir dans tous les événements contemporains que la traduction des épisodes principaux de sa vie, et, en particulier, d'un procès qu'elle soutint pour revendiquer ses droits d'auteur méconnus.

Mais nous entrons par là dans un nouveau domaine. Jusqu'ici, l'interprétation délirante nous est apparue comme résultant de déductions erronées ou d'explications fantaisistes, sans altération du fait envisagé en lui-même. Seules les circonstances d'un fait quelconque, ses causes ou ses conséquences, se trouvaient diversement appréciées. Nombre d'interprètes ne vont pas plus loin ; ils raisonnent de travers, ils ne déforment pas la réalité. Il en est d'autres, en revanche, qui amplifient, travestissent ou maquillent tout ce qu'ils observent. Leur activité ne s'exerce plus uniquement autour de l'objet, mais sur l'objet lui-même, qui acquiert, à leurs yeux, une valeur symbolique, valeur tirée bien souvent d'une particularité secondaire, telle qu'un détail de forme ou de couleur, une homonymie, une similitude de son. Ce symbolisme a quelque ressemblance avec celui qui constitue le fond de certaines religions primitives, et que l'on rencontre encore de nos jours dans la magie et les sciences occultes.

Quelques faibles d'esprit, sans originalité, font ainsi de nombreux emprunts aux superstitions populaires, se créent des emblèmes analogues, par exemple, à ceux du langage des fleurs. Une malade de Deny et Camus apprend, de la sorte, par cœur, un petit livre dans lequel une signification est attribuée à tous les objets

usuels : épingle veut dire injure ; parapluie, protection ; balai, changement, etc... En pareil cas, l'interprétation prend l'apparence de jeux de mots ou de calembours. On présente à celui-ci une brosse : il peut se brosser ; on lui offre du riz : « on se rit de lui ». Un auto-accusateur, cité par Wallon, croit que sa femme le traite de satire, parce qu'elle noue sa cravate en demandant : « Ça tire? »

D'autres malades emploient très sérieusement des combinaisons de chiffres analogues à celles qui servent aux horoscopes fantaisistes. D'autres, enfin, travaillent sur les mots ou sur les lettres à la façon des cabalistes qui, prenant arbitrairement certaines lettres des mots dont se compose un verset de la Bible, en formaient un mot nouveau, révélateur du sens mystique du texte. La lecture des journaux leur sert ainsi à déchiffrer des énigmes très complexes, de véritables rébus, des hiéroglyphes intéressantes, suivant leurs propres expressions. Par exemple, les mots vent d'ouest, inscrits au Bulletin météorologique, deviennent, en supprimant quelques lettres, vendu ; épithète que la malade applique au médecin. La même malade, trouvant dans une lettre de sa mère la phrase : « Tu oublies toi-même », y découvre ce conseil : « Tue-toi », c'est-à-dire : suicide-toi.

En présence d'aussi singulières déductions, a-t-on encore le droit de parler de raisonnement syllogistique ; ne sommes-nous pas en plein automatisme d'association d'idées ? Eh bien ! non ! Quand on assiste à la fabrication de ces rébus, on reconnaît que, là encore, le malade fait preuve d'une activité volontaire et qu'il n'est point l'esclave du jeu automatique de ses centres idéatifs. Cette prédominance de l'activité volontaire sur l'automatisme a une valeur capitale, car elle sépare profondément l'interpréteur de l'halluciné. Les investiga-

tions de l'interpréteur se traduisent, en effet, non seulement, suivant les expressions de Ribot, par des raisonnements de découverte, mais aussi par des raisonnements de justification, de vérification. C'est, de la part du malade, une recherche perpétuelle de raisons, d'arguments susceptibles de confirmer le système établi. Ce besoin de vérification apparaît très nettement dans quelques cas. En voici un exemple. Une persécutée, assistant à un sermon, entend le prédicateur bégayer : elle en éprouve un sentiment de gêne et suppose alors que ce bégaiement est simulé dans le but de la faire souffrir. Elle désire pourtant s'en assurer, et revient le lendemain à l'église en ayant bien soin de se cacher derrière un pilier. Or, le prêtre recommence à bégayer. Va-t-elle conclure que ce trouble de la parole provient d'une simple infirmité ? Point du tout ; elle affirme que l'on a signalé sa présence au prédicateur pour la soumettre à la même épreuve que la veille.

J'ai longuement insisté sur les interprétations délirantes, parce que ce symptôme donne à la psychose sa physionomie originale. Je serai plus bref sur les conceptions qui impriment au délire sa couleur. Ces conceptions, dépourvues de toute valeur intrinsèque, ne se différencient guère de celles que l'on rencontre dans tous les délires systématisés.

Les interpréteurs peuvent être persécutés, mégalo-manes, jaloux, amoureux, mystiques, hypocondriaques, auto-accusateurs. Le plus souvent, ils sont persécutés, et, généralement aussi, à leurs idées de persécution s'associent des idées de jalousie, des idées hypocondriaques, et surtout des idées ambitieuses, ou au moins des tendances vaniteuses.

Le délire de persécution se réduit quelquefois à des

idées de préjugices. Dans les formes atténuées, il se manifeste par une susceptibilité ombrageuse ou une méfiance ontrée, qui porte le malade à se plaindre d'allusions blessantes, d'arrière-pensées malveillantes, d'insinuations calomnieuses, de mauvaises plaisanteries, de taquineries, de mystifications.

Plus souvent, les idées de persécution s'affirment franchement. Le malade parle alors de menaces, de machinations, de suggestions, de complots, de guet-apens, de tentatives de chantage, de viol, d'asphyxie, d'empoisonnement. Il désigne un ou plusieurs persécuteurs pris, très souvent, dans l'entourage et même dans la famille, ou bien c'est la police, les jésuites, les franc-maçons, les juifs qui cherchent à le supprimer. Il connaît le motif des épreuves qu'il subit, le but poursuivi par ses ennemis. En un mot, il systématise complètement son délire, dont toutes les parties se relient par un solide faisceau d'arguments. Chez certains débiles, pourtant, cette systématisation reste très fruste.

Le délire de grandeur s'observe presque toujours sous la forme d'un orgueil outré ou d'idées de supériorité associées aux idées de persécution. Parfois, il occupe la première place : idées ambitieuses, idées de richesses, convictions d'appartenir à une famille royale. Quelques mégalomanes se posent en inventeurs ou en réformateurs de génie. Ils appuient leurs découvertes et leurs projets de réformes sur un vaste échafaudage d'erreurs coordonnées en système ; c'est, suivant l'expression de Krafft-Ebing, un délire de combinaisons.

Dans le délire de jalousie, les interprétations gardent souvent un tel caractère de vraisemblance qu'elles peuvent paraître légitimes. Elles portent sur les moindres gestes, les moindres actes du conjoint soupçonné : regards, sourires ou pleurs, mouvements des sourcils, des lèvres ou des doigts, timbre de la voix, expression

de la physionomie, détail du costume, taches sur la chemise, pli des draps, allure de la démarche, mille futilités servent de prétexte aux pires accusations.

L'amoureux interpréteur ressemble de très près aux jaloux, mais il aboutit à des conclusions opposées. Les plus caractéristiques, à ce point de vue, sont les amoureux d'actrices, qui prennent le jeu scénique et la déclamation pour autant de témoignages d'amour à leur adresse. Il en est qui finissent par croire à la réalisation de leur rêve et à la célébration d'un mariage clandestin. Chez les femmes, à la suite de rêves érotiques, peut naître la croyance à des rapports sexuels, et ensuite l'idée de grossesse, que les moindres malaises suffisent à confirmer.

Le délire mystique à base d'interprétations offre ceci de particulier, qu'à côté de nombreuses erreurs de jugement, il s'accompagne fréquemment d'hallucinations visuelles épisodiques ou de scènes oniriques, remarquablement décrites par Régis; apparitions célestes s'exprimant en termes sybillins, mais dont les phrases énigmatiques font comprendre au malade qu'il est chargé d'une mission grandiose.

Le délire hypocondriaque ou cénestopathique repose sur l'interprétation de malaises imaginaires ou de souffrances réelles. Les débilés croient quelquefois à la pénétration d'un animal dans leur corps; c'est le délire de zoopathie interne. Les idées de négation, d'énormité, d'immortalité, de transformation corporelle, ne se montrent que très exceptionnellement, étant peu compatibles avec la vigueur intellectuelle de l'interpréteur.

Le délire systématique d'auto-accusation, décrit par Séglas, conduit à l'interprétation de peccadilles, de pensées lubriques et se traduit par des idées de culpabilité, souvent associées pourtant à des tendances vaniteuses.

Le caractère essentiel de toutes les formules délirantes c'est, je vous l'ai dit, d'être cohérentes, solidement systématisées. Il existe néanmoins quelques cas où la systématisation fait entièrement défaut. C'est un délire de suppositions. Le malade s'en tient toute sa vie à des soupçons, à des conjectures, à des interrogations : il reste douteux, hésitant, perplexe. Il vit, dit-il, dans un labyrinthe de sous-entendus, dans un mystère impénétrable : il est entouré d'énigmes indéchiffrables, d'équivoques continuelles ; il ne peut percer le voile de ténèbres qui le recouvre. Cette inquiétude perpétuelle détermine une exubérante prolifération d'interprétations, sans jamais aboutir à la lumière de l'évidence qui illumine l'esprit des autres interprétateurs. De tels malades sont désignés, par certains auteurs, sous le nom de persécutés mélancoliques bien que, malgré leur état émotionnel et leur tendance fréquente aux scrupules, ils n'aient que des ressemblances superficielles avec les vrais mélancoliques de la folie périodique ou de l'involution sénile.

Après ce rapide résumé des conceptions délirantes, j'arrive au troisième caractère fondamental de la psychose qui nous sera fourni par l'analyse de la mentalité des interprétateurs.

Une remarque préalable s'impose sur ce point capital : devant les grossières erreurs de jugement dont je vous ai cité tant d'exemples, on a quelque tendance à supposer que seuls les faibles d'esprit peuvent en émettre de semblables. On se trompe ; le délire d'interprétation le plus accentué peut se développer sur les intelligences les plus brillantes. Sans doute, la débilité mentale donne souvent naissance à un délire d'interprétation, d'ailleurs assez pauvre, mais la supériorité



intellectuelle laisse également s'épanouir de riches interprétations délirantes. Je vous rappellerai le cas célèbre de Jean-Jacques-Rousseau qui, au moment même où il composait ses chefs-d'œuvre, était en proie à un délire de persécution des plus actifs : il écrivit les *Confessions* pour se défendre contre les manœuvres souterraines d'ennemis réels et d'ennemis fictifs ; les *Dialogues*, les *Rêveries* et la *Correspondance* révèlent l'existence d'interprétations multiples, quelques-unes d'une invraisemblance flagrante. Je vous citerai encore l'exemple de Villemain. Laissez-moi vous lire la description de ce délire par Victor Hugo.

Villemain conte d'abord qu'on dresse la nuit de grandes échelles contre le mur de sa maison, pour faire croire que des maçons montent par la fenêtre et viennent coucher avec lui, puis il ajoute : « Et quand je pense que ces turpitudes-là on les dit en bas et on les croit en haut, et personne pour me défendre. Les uns font un visage froid, les autres un visage faux. Voici comment ils ont commencé. Quand je sortais, ils s'arrangeaient de façon que tout ce que je voyais eût un aspect sinistre ; je ne rencontrais que des hommes boutonnés jusqu'au menton, des gens habillés de rouge, des toilettes extraordinaires, des femmes vêtues moitié en noir, moitié en violet qui me regardaient avec des cris de joie, et partout des corbillards de petits enfants, suivis d'autres petits enfants, les uns en noir, les autres en blanc. Vous me direz : Mais ce ne sont là que des présages et un esprit sérieux ne se trouble pas pour des présages. Mon Dieu ! je le sais bien ; ce ne sont pas les présages qui m'effrayaient, c'est la pensée qu'on me haïssait au point de se donner tant de peine pour rassembler tant de spectacles lugubres autour de moi. »

Si j'ajoute enfin qu'un grand romancier suédois, Strindberg, s'est abandonné à des interprétations d'une extravagance inouïe, vous conviendrez qu'on aurait tort de regarder le délire d'interprétation comme un stigmate de débilité mentale.

— Pour connaître l'état psychique des interpréta-

teurs, il faut l'envisager à deux points de vue : en dehors du délire, dans ses rapports avec le délire.

Abstraction faite du délire, l'intelligence du malade ne paraît nullement altérée. Sa mémoire est fidèle, son attention facile, ses jugements sensés. Ses capacités professionnelles ne subissent aucune diminution. Certains interprétateurs surent, pendant un internement passager, acquérir des notions nouvelles, apprendre des langues étrangères. D'autres composent des ouvrages et trouvent des éditeurs. Leur conversation, habituellement facile, vise souvent à l'élégance. Leurs écrits aussi corrects que leur langage impressionnent au plus haut point l'entourage et même les magistrats qui ne peuvent tenir pour aliénée une personne capable de s'exprimer avec tant de facilité, de précision et de justesse.

On ne constate donc chez ces malades aucun trouble morbide, point d'obnubilation, point d'incohérence, ni excitation, ni dépression. A première vue rien, dans leur tenue et dans leur conduite, ne les différencie d'un individu normal.

Cette vivacité des facultés mentales, l'interpréteur la met toujours au service de ses conceptions délirantes. Il déploie dans la discussion toutes les ressources d'une dialectique serrée. Il accumule preuves sur preuves, il a pour chaque objection une réponse toujours prête. Sa conviction, assise sur des faits non contestables, demeure inébranlable.

Refuse-t-on de le croire, malgré la vigueur de ses raisonnements, il se retranche dans un silence dédaigneux. Nombre d'interprétateurs, une fois internés et après un premier examen, se refusent à exposer davantage leurs conceptions. Souvent même ils les dissimulent avec opiniâtreté, soit parce qu'ils croient tout le monde au courant de leur histoire, soit dans l'espoir de recouvrer ainsi plus tôt la liberté. Les réticences de

quelques-uns paraissent dues à ce qu'ils ont conscience de l'in vraisemblance du délire : telle cette mégalomane qui, se croyant la belle-sœur d'Édouard VII, ajoute : « Je n'en parle pas, on me prendrait pour une folle. » Quoi qu'il en soit, la dissimulation, complète ou partielle, s'observe beaucoup plus fréquemment que dans toute autre psychose.

« Le persécuté, dit Tanzi, est toujours un homme de caractère. » Rien de plus vrai pour les interpréteurs. Ils se glorifient à juste raison de leur volonté de fer et nombre d'entre eux mettent singulièrement à l'épreuve la patience de l'entourage. Sont-ils internés, ces malades se font généralement remarquer par la ténacité, par la violence de leurs récriminations. Et comme, très souvent, leurs interprétations habiles, leurs railleries mordantes, leurs plaintes acerbes, s'exercent aux dépens des personnes qui les soignent, médecins ou infirmiers, on comprend combien la présence dans un service d'individus aussi lucides, à l'affût du moindre incident qu'ils se hâtent d'amplifier et de dénaturer, devient une source permanente de difficultés et de désordre. Cette malignité du caractère mérite d'être soulignée, car elle s'observe précisément dans les délires d'interprétation les plus riches et les plus purs, et elle explique la fréquence des réactions agressives.

La manière dont l'interpréteur réagit à son délire résulte en effet, non seulement de la nature des idées délirantes, mais aussi, mais surtout de son caractère. A ce point de vue, il existe deux groupes pour ainsi dire opposés de malades : d'un côté les persécuteurs, de l'autre les résignés.

Les premiers, les plus nombreux, passent rapidement de la défense à l'attaque. Ils épient minutieusement leurs ennemis. Les jaloux organisent tout un système de surveillance, inspectent le linge, tentent

des épreuves sournoises. Les amoureux, avant d'en venir aux menaces et aux violences, se montrent surtout graphomanes : missives quotidiennes, longues tirades de vers adressées à leur prétendue maîtresse. Les hypocondriaques deviennent particulièrement dangereux quand ils croient avoir été mal soignés par un médecin ; ils réagissent alors en persécutés. Plaintes aux autorités, mémoires à la presse, prospectus, affiches collées sur les murs, tels sont les premiers moyens employés. Bientôt se produisent des violences impulsives ou raisonnées, et quelquefois des tentatives de meurtre subites ou minutieusement préparées. L'abbé de Broglie fut ainsi assassiné par une interprétatrice qui l'attira chez elle, sous le prétexte d'une confession urgente, le tua froidement à coups de revolver et se glorifia de sa vengeance. « Le persécuté, dit très justement mon regretté maître Joffroy, a l'orgueil de la légitime défense. » Une femme, après avoir tiré une première fois cinq coups de revolver sur son mari, le frappe à coup de hache ; arrêtée, elle reste convaincue de son bon droit et déclare que « c'est son mari, le vrai coupable, qui devrait être en prison. »

Les résignés se bornent à employer des moyens anodins de défense ; ils se cachent, se barricadent chez eux, font la cuisine eux-mêmes par crainte d'un empoisonnement. La fugue seule finit par les rassurer ; ils changent de domicile, de résidence, errent de ville en ville, se transforment, comme Jean-Jacques Rousseau, en voyageurs perpétuels. Quelques-uns se suicident pour mettre un terme à leurs souffrances. Certains enfin deviennent meurtriers par désespoir. Un persécuté de cette sorte tue sa fille pour la soustraire aux convoitises de ses ennemis.

(A suivre.)

# SYNDROME PSYCHIQUE ATOPIQUE<sup>1</sup>

## CHEZ LES BLESSÉS CRANIO-CÉRÉBRAUX

OBSERVÉ QUELQUE MOIS APRÈS LA BLESSURE

Par le D<sup>r</sup> MIGNARD (2).

Médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe,  
Médecin du centre neuro-psychiatrique de la VI<sup>e</sup> armée.

L'observateur est d'abord frappé, devant la plupart des blessés du cerveau, par l'intégrité relative de leurs fonctions psychiques.

Les 258 blessures crâniennes observées au Centre neurologique de Montpellier, au moment où ces notes ont été prises, n'avaient pas nécessité, à notre connaissance, de la part des médecins du Centre, une seule demande d'internement ou de passage dans un autre service motivés par un état d'aliénation mentale proprement dite (3).

On pouvait rechercher aussi, sur la foi de certaines doctrines, les grandes défaillances du psychisme d'allure démentielle, et surtout les syndromes de l'idiotie ou de l'imbécillité acquises. Parmi nos nombreux traumatisés, nous avons vu un seul blessé qui pouvait

(1) Après M. le professeur Grasset, nous entendons par atopiques les troubles qui n'impliquent pas une localisation précise de la lésion. Ils s'opposent aux symptômes localisateurs.

(2) D'après la communication faite à la réunion médico-chirurgicale de la XVI<sup>e</sup> région, 1916.

(3) L'on trouvera le résumé de quelques-unes des observations sur lesquelles se fondent ces considérations dans un article en collaboration avec M. Villaret, *Paris Médical*, 1916.

paraître de loin réaliser ce dernier syndrome. Encore s'agissait-il plutôt, en réalité, d'un curieux cas de puérilisme aux amnésies électives.

Les syndromes proprement démentiels sont, eux aussi, rares chez nos blessés et leur symptomatologie nous amène à chercher leur véritable cause dans une méningo-encéphalite secondaire, qu'elle soit ou non entièrement imputable au traumatisme occasionnel.

Enfin, nous n'avons jamais observé la disparition, l'affaiblissement ou le trouble particulier de telle ou telle fonction mentale (attention, volonté, jugement, sentiment), en rapport avec la lésion spéciale de telle région du cerveau.

Le psychisme supérieur n'est nullement analysé par les diverses déficiences de la matière cérébrale que nous permet de supposer la région crânienne abordée. Il ne semble même pas possible de lui assigner dans l'ensemble un organe déterminé, tel que les lobes frontaux, par exemple. Plus de la moitié des troubles observés chez cent blessés cranio-cérébraux dépendent de lésions pariétales ou temporales, et l'on retrouve le syndrome caractéristique dans bien des blessures de l'occipital, tandis que certains traumatismes importants des régions frontales ou préfrontales n'en paraissent point accompagnés.

C'est seulement dans ses manifestations inférieures subconscientes, involontaires, émotionnelles que le psychisme paraît quelquefois influencé par le siège de la lésion. Encore est-ce de manière inconstante, et seulement dans ses rapports avec les fonctions sensorio-motrices et sensitivo-motrices, le langage et les habitudes.

Pour le reste, le syndrome psychique qui se révèle le plus souvent dans les diverses lésions du cerveau affecte au contraire une bien remarquable unité. Abstrac-

tion faite des cas où l'on peut admettre l'évolution d'une méningo-encéphalite diffuse, on remarque le plus souvent un état d'inactivité, de torpeur, de paresse plus ou moins accusée, dans lequel les fonctions psychiques, sans être supprimées, ni même gravement altérées, se trouvent ralenties, entravées dans l'exercice de leur activité.

Dans les cas les plus fréquents, le syndrome est assez léger pour passer à peu près inaperçu à un rapide examen. Cependant, l'observateur attentif remarque souvent un aspect de somnolence légère, la détente des traits, la tendance à l'immobilité. De brusques manifestations vaso-motrices viennent rompre de loin en loin la monotonie du tableau. Dans les cas plus accusés, on est frappé par la lenteur de la parole et de l'action, lenteur que l'on finit par découvrir, atténuées chez un grand nombre de sujets.

Le sentiment et la tendance sont, dans leurs manifestations nettement conscientes, atteints d'une sorte d'engourdissement. Ils ne sont pas supprimés, même dans leurs modalités supérieures.

Le malade se préoccupe de sa situation, de celle de sa famille; il a même parfois à ce sujet, quelques idées mélancoliques.

Il est propre; aucun cas de gâtisme n'a été signalé. S'il fuit généralement la société, c'est, comme il l'explique souvent avec tristesse, que la conversation, le bruit et le mouvement le fatiguent.

Il est, d'autre part, assez irritable. Dans leur ensemble les émotions violentes sont, elles aussi, inhibées. Leur manifestation inattendue est seulement difficile à maîtriser.

Une certaine aboulie est aussi habituelle, bien que le sujet soit parfaitement capable de savoir ce qu'il veut. Mais il fuit, autant qu'il le peut, les occasions d'exercer

sa volonté. L'impulsivité paraît en elle-même participer au ralentissement général, mais l'asthénie du psychisme supérieur rend son inhibition pénible.

L'attention volontaire existe et permet, en somme, l'exécution de toutes les fonctions mentales; mais elle est habituellement en repos, à cause de la fatigue rapide, des céphalées, des éblouissements et des vertiges que provoque son exercice.

L'attention spontanée présente une tendance manifeste à s'immobiliser dans la torpeur. La fuite des idées est rare, mais pénible. L'idée fixe obsédante est plus fréquente. Presque toujours elle est dominée, mais non sans un effort douloureux.

L'imagination est entravée dans son activité. Elle est conservée mais s'exerce peu et s'épuise très rapidement.

La lenteur de la compréhension et de l'idéation, frappante chez certains sujets, se retrouve chez un grand nombre. Un examen superficiel peut même parfois faire croire à un affaiblissement réel du raisonnement et de l'invention. En réalité, on arrive presque toujours à réveiller l'intelligence conservée et à la faire momentanément apparaître, malgré le ralentissement, l'inhibition, les aprosexies, les amnésies et la rapide fatigabilité.

Les petits problèmes sont résolus, bien qu'avec peine; les longues opérations sont abandonnées. Le jugement s'exerce mieux que le raisonnement; les sentiments intellectuels, même délicats, se manifestent mieux que les opérations dont le développement exige un effort de quelque durée.

La légère activité du psychisme inférieur se réalise ici sans grand obstacle dans les cauchemars et l'onirisme. Toutes les formes de passage s'observent entre le simple prolongement du rêve sur l'état de veille, l'hallucinosé représentant le plus souvent des visions



de guerre et les bouffées de confusion mentale hallucinatoire proprement dites. On observe aussi des idées délirantes fugaces, fréquemment mélancoliques, parfois orientées dans le sens des idées de persécution, et des obsessions idéatives.

Nous trouvons souvent, chez nos blessés du cerveau, des amnésies lacunaires portant sur la période immédiatement consécutive au traumatisme, et sur celles qui ont été remplies par des bouffées de confusion mentale hallucinatoire.

La mémoire de fixation est très fréquemment défectueuse, parfois très affaiblie, ce qui paraît s'expliquer en partie seulement par les troubles de l'attention. L'évocation volontaire est lente, pénible, insuffisante. D'une manière générale, les faits anciens sont mieux retrouvés que les faits récents, et la période de la guerre est particulièrement oubliée.

Il faut ajouter que cet état mental est loin d'être stable. Sous l'empire de l'excitation, de l'entraînement, il s'efface parfois pour un temps, et paraît susceptible d'amélioration comme d'aggravation.

Il est d'autre part souvent entrecoupé par des périodes de troubles plus accusés, bouffées de confusion mentale hallucinatoire prenant parfois par leur brève durée, l'amnésie consécutive et l'aura caractéristique (céphalée, éblouissement, vertiges), la valeur d'équivalents psychiques d'une crise d'épilepsie.

Le syndrome que nous venons d'envisager dans une forme assez marquée se présente généralement d'une manière très discrète, si bien qu'il n'apparaît souvent pas à une rapide observation.

Dans des cas assez rares, l'exagération de l'obnubilation mentale donne lieu à une apparence pseudo-démentielle qui est dissipée en général par un examen plus approfondi.

Nous plaçons dans une catégorie spéciale les quelques syndromes peu fréquents qui paraissent s'apparenter à des formes plus réellement démentielles, et qui sont parfois accompagnées de dysarthrie ou de troubles pupillaires. Il s'agit très probablement de méningo-encéphalites diffuses.

Dans d'autres cas assez fréquents, il n'existe à peu près rien, sinon quelques insignifiants symptômes : un peu d'asthénie, quelques légères distractions ou quelques troubles dans l'évocation des souvenirs.

Ce syndrome est tout à la fois à distinguer et à rapprocher de celui que M. le professeur Mairet et M. Piéron ont décrit chez des sujets ayant subi de fortes commotions de guerre. Ce dernier syndrome est essentiellement caractérisé, au point de vue psychique, par un état de confusion mentale. On y trouve du reste, à titre secondaire, un grand nombre des symptômes que nous venons d'envisager.

On peut aussi comparer à celui de nos blessés l'état psychique des psychonévrosiques de guerre. Ces malades, auxquels M. le professeur Grasset a consacré plusieurs études antérieures, semblent présenter fréquemment des troubles psychiques légers, que caractérise surtout l'attente émotionnelle. Mais on y trouve aussi l'onirisme et la stupeur.

Toutes les formes de passage existent en effet entre ces trois syndromes qui paraissent unis par une indéniable parenté.

Au point de vue du pronostic, nous attacherons une valeur spéciale à tous les signes pouvant indiquer l'invasion d'une méningo-encéphalite diffuse.

Nous voudrions, pour finir, attirer l'attention sur la bénignité des symptômes psychiques de certaines lésions cérébrales très importantes, entraînant parfois de considérables délabrements dans la substance cérébrale et

capables de donner lieu par la suite à des accidents mortels.

Il faut, d'autre part, remarquer combien certains troubles peu apparents, peu importants même au point de vue théorique, tels que la rapide fatigabilité d'une fonction psychique d'ailleurs bien conservée, seront capables d'entraver l'activité future du sujet qui les présente. Cet homme pourra tout entreprendre, il ne pourra rien continuer. Son impotence, dans le fait, ne sera-t-elle pas aussi grande et plus grande que celle d'un aveugle ou bien d'un amputé?

---

# Médecine légale

---

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

### L'ÉTAT MENTAL DE K..... F...

#### PRÉVENU D'ASSASSINAT

(DEUXIÈME EXPERTISE)

**Par les D<sup>rs</sup> Max EGGER, François NAVILLE,  
et Paul-Louis LADAME**

---

Nous, soussignés, Max Egger, François Naville et Paul-Louis Ladame, docteurs en médecine, domiciliés à Genève, commis par M. Fulliquet, juge d'instruction, à l'effet de visiter et examiner le nommé K..... F..., d'origine turque, né, le 13 décembre 1894, à Constantinople, inculpé d'assassinat sur la personne du chauffeur d'automobile Adrien Vachoux, aux fins de procéder à l'examen mental du détenu et de déterminer, en dressant un rapport par écrit :

1° *Si, au moment où il a commis son acte, K..... était atteint d'aliénation mentale ;*

2° *S'il doit être tenu pour responsable des actes qui lui sont reprochés ;*

3° *Si son état nécessite son internement à titre définitif dans un asile d'aliénés.*

Serment préalablement prêté entre les mains de M. le Juge d'instruction ;

Après avoir pris connaissance des pièces de la procédure qui nous ont été communiquées, et notamment du rapport d'expertise, daté du 30 avril 1916, déposé par nos collègues, MM. les D<sup>rs</sup> R. Weber, professeur de

clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Genève; J.-L. Prevost, professeur honoraire de la même Faculté, et J.-M. Blanchard, médecin des prisons, rapport concluant à l'irresponsabilité de F... K.....; après avoir entendu M. K....., père de l'inculpé, et après avoir examiné à plusieurs reprises, soit individuellement, soit collectivement, F... K....., détenu à Saint-Antoine, nous avons rédigé le présent rapport :

Pour répondre aux trois questions qui nous sont posées, nous diviserons notre rapport en trois parties, dont la première traitera du crime et du criminel, pour se terminer par la discussion que soulève le diagnostic de son état mental.

Une seconde partie sera consacrée à la question fondamentale de la responsabilité et de ses applications au cas spécial du prévenu.

Et enfin, troisièmement, en réponse à la question de l'internement à vie de l'inculpé dans un asile d'aliénés, nous ferons l'étude des mesures qui nous paraissent les plus propres à lui être appliquées avec quelque espoir de succès, sans préjudice, cela va sans dire, des sanctions pénales que la Cour de justice jugera à propos de déduire de l'acte criminel accompli par K.....

A. — *Au moment où il a commis son acte, K..... était-il atteint d'aliénation mentale?*

Il n'est pas possible de donner une réponse satisfaisante à cette question sans connaître d'abord les circonstances du crime, puis la nature physique et mentale de celui qui l'a accompli, d'autant plus que le diagnostic de son état psycho-pathologique est sujet à discussion, comme nous allons le voir.

I. — LE CRIME. SA DÉCOUVERTE. LES CIRCONSTANCES QUI L'ONT ACCOMPAGNÉ. SON VÉRITABLE MOBILE.

Le samedi 4 décembre 1915, à 1 heure du matin, le poste de gendarmerie de Vézenaz était avisé, par téléphone, qu'une automobile venait d'enfoncer la palissade de la propriété de M. E. Violon, citoyen genevois,

domicilié villa Velmont, chemin Byron, à Cologny. Le sous-brigadier Abbé se rendit immédiatement sur les lieux et découvrit que le chauffeur de l'automobile, Adrien Vachoux, paraissant évanoui, était accroupi sur la portière gauche, son chien à côté de lui. Il respirait encore, mais expira tôt après avoir été sorti de la voiture. Le Dr Calame, mandé d'urgence, constata que Vachoux avait été assassiné et que sa mort devait être attribuée à la pénétration dans le cerveau d'une balle de revolver de petit calibre, ce que confirma, deux jours plus tard (le 6 décembre), l'autopsie du cadavre, faite par M. le professeur Louis Mégevand. Celui-ci conclut que le coup de feu avait été tiré d'arrière en avant et obliquement de droite à gauche, sur la partie postérieure droite du crâne. Le projectile avait produit une destruction notable, avec lésions étendues du cerveau et hémorragies consécutives. Ce qui ne laisse aucun doute sur la perte de connaissance subite et complète du chauffeur assassiné, d'autant plus que le coup de feu fut certainement tiré « presque à bout portant », la vitre qui se trouvait derrière le chauffeur étant baissée, de sorte que « rien n'était plus facile pour l'assassin que de tirer son revolver sans avoir même besoin de se déplacer de son siège et sans qu'il fût possible à Vachoux de s'apercevoir de quelque chose. » (Rapport supplémentaire de M. Vibert, commissaire de police, samedi 4 décembre à 8 heures du matin.)

L'attitude du chien de Vachoux en est une dernière et éclatante preuve. Il n'a pas bougé. On l'a retrouvé à sa place, à côté de son maître.

Nous lisons dans le rapport que M. Vibert, commissaire de police, dressa le même jour, à 2 heures du matin, que M. Violon, réveillé en sursaut par le bruit de l'automobile fracassant la palissade de son jardin, vit un individu sur la route (c'était K....., sans aucun doute), l'entendit pousser une exclamation : « Sapristi », et l'interpella, lui demandant : « Qu'y a-t-il ? » A quoi K..... répondit : « Je ne sais pas, je n'étais pas avec eux ; ils se sont sauvés en haut de la rampe. » Notons en passant cette réponse, sur laquelle nous aurons à revenir. Sur ce, K..... se sauva à toutes jambes, oubliant son chapeau dans l'auto, et M. Violon, qui était descendu

rapidement, arrivé devant son portail, l'entendit courir dans la direction du lac, au bas de la rampe de Montalègre. M. Vibert constata immédiatement que le vol n'avait pas été le mobile du crime. Ce n'est pas non plus un acte de jalousie ou de vengeance, comme on a pu le soupçonner au premier abord. K..... ne connaissait pas du tout Vachoux et n'avait aucun sentiment de haine contre lui. Du haut de son orgueil, il ne tenait même aucun compte de lui.

Quel autre mobile F... K..... a-t-il donc pu avoir pour assassiner son chauffeur? La réponse à cette question est d'une grande importance psychologique. Elle ne pourra être complète et définitive que lorsque nous connaîtrons la caractéristique de l'état mental du criminel, ses antécédents héréditaires et personnels, ainsi que tout ce qui se rapporte à son éducation et aux influences des milieux dans lesquels il a vécu. Tout ceci fera l'objet du chapitre suivant. Il importe, cependant, de rappeler, dès maintenant, les circonstances qui ont précédé le crime et les résultats des premiers interrogatoires de K..... pour en dégager, si possible, les motifs immédiats de son acte. Or, nous apprenons qu'après avoir passé la soirée au Casino de l'Espérance, rue de Carouge, K..... se rendit, après minuit, à la Bavaria, où il consomma un verre de bière. Il était seul, et repartit à minuit et demi. Il était de sang-froid. Mais, comme nos collègues l'ont noté, il résulte des renseignements obtenus sur la conduite de F... K..... durant les jours qui précédèrent le crime, que ledit K..... était énervé, pleurait facilement, sortait son revolver, proférait des menaces.

Que se passa-t-il après sa sortie de la Bavaria? K....., désœuvré et énervé par sa vie de noctambule, rôdant sans but dans les rues de la ville, arrive à la station d'automobiles, devant le café de la Couronne. A la vue des taxi, l'idée lui vint, subitement, de faire une course en auto, n'importe où, et il entre dans la première voiture qu'il trouve à sa portée, ordonnant au chauffeur de le conduire au chemin Byron, où ses parents avaient autrefois demeuré.

Mais c'est ici que nous pouvons juger du degré de sa débilité mentale. Il faut l'entendre raconter ses aven-

tures. Il imagine, en effet, une *histoire fantastique de brigand* (1) dont le but évident est de faire croire qu'il n'est pour rien dans l'assassinat du chauffeur. Il avait déjà dit à M. Violon : « Je n'étais pas avec eux, ils se sont sauvés en haut de la rampe. » Voici maintenant ce qu'il répond à M. Vibert, commissaire de police, dans son premier interrogatoire. Ces pauvres mensonges, avec leurs menues détails puérils, sont si caractéristiques de la mentalité de K.... qu'il nous paraît nécessaire de citer ses réponses *in extenso* :

« Je suis sorti du Casino après 11 heures. J'ai stationné devant ou à proximité pendant quelques minutes, attendant un ami avec lequel je m'étais entretenu dans la salle du spectacle, au cours de la soirée. Je fus interpellé par un monsieur en compagnie d'une femme que je ne connaissais pas. Le monsieur me demanda si j'attendais un taxi, que lui aussi en attendait un, et, comme il ne s'en trouvait pas, il me proposa de faire la route à pied, pour en rencontrer un en cours de route ; de cette façon, nous sommes arrivés à la station du Lyrique, où j'ai fait la réflexion que l'on pouvait trouver un taxi à cette station, mais il me répondit qu'il préférerait en prendre un à la station de la Couronne, et nous avons continué à pied par la Corraterie, place Bel-Air, les ponts de l'Ile. » (Remarquons ici que A... B..., dans sa déposition du 10 décembre, dit qu'en sortant du théâtre, vendredi soir, à 11 h. 1/2, il rencontra F... K....., qui était seul, sur la place Neuve, et fit route avec lui jusqu'à la place du Port.)

« Arrivés devant la maison du consul de Roumanie (M. G. Fazy), la femme me prit, sur la tête, mon chapeau, en disant : « Vous avez un joli chapeau », le mit sur sa tête et me remit le sien, qui avait la forme de « calot » de couleur, carrelé noir et blanc, avec une plume (ceci pour faire croire que son chapeau, trouvé dans l'auto, y avait été laissé par la femme). Puis, nous avons continué notre route, et, arrivés à l'entrée du quai des Bergues, il me proposa, sur le quai, je crois, à proximité du pont des Bergues, de traverser le pont

---

-(1) Pseudologie fantastique.



de ce nom, à quoi je lui répondis qu'il était préférable de passer par le pont du Mont-Blanc. Je dois faire remarquer qu'à l'entrée du quai, il me proposa d'aller dans un endroit où l'on s'amusait bien (!).

« Ensuite, nous avons traversé le pont du Mont-Blanc, et, arrivés à l'autre extrémité, la femme nous quitta, nous disant : « A tout à l'heure » ; puis, nous nous sommes dirigés sur le quai ; après avoir causé quelques minutes, il me dit, après m'avoir questionné sur mon nom et ma nationalité (je lui ai refusé ces renseignements), et, lui ayant dit que j'habitais aux Eaux-Vives, il m'offrit de m'accompagner en taxi. Je lui fis remarquer que je désirais prendre un taxi blanc, qui était au nombre de ceux qui étaient sur la station, mais il insista pour que nous prenions la dernière voiture qui se trouvait en queue de ligne. Il ouvrit la portière du côté de la rue, soit du côté gauche ; il entra le premier, et je m'assis, à mon tour, à sa gauche, sur le siège du fond de la voiture, puis il dit au chauffeur : « Nous arrêterons devant l'Hôtel du Parc », ce qu'il fit, et la femme, qui m'avait quitté, monta dans la voiture, et occupa le strapontin devant l'inconnu, et ensuite se mit, *vice et versa*, sur ses genoux et sur le strapontin, puis le taxi repartit, et lui faisant observer que nous avions passé la rue de la Grenade, il me dit gravement : « Taisez-vous, vous n'avez rien à dire », et, plus loin, près du port Noir, j'ai insisté pour revenir, mais il me saisit par la peau du cou et me dit : « Si vous n'êtes pas content, je vous enfonce la main dans la gorge ». Je suis resté terrifié, et l'automobile continua à rouler jusqu'au moment où, ayant ouvert la portière, l'inconnu se leva et dit au chauffeur de monter la première rampe à droite. Je dois ajouter que, dans la voiture, alors qu'il me tenait par le cou, il me prit mon portefeuille dans ma poche, ma bourse, qu'il me remit ensuite, puis, finalement, trouva mon revolver, qu'il garda sur lui.

« Le taxi monta donc la rampe de Montalègre, et, arrivé en haut, au deuxième contour, il a fait arrêter le chauffeur, et me fit descendre après avoir gardé mon chapeau et mon revolver. (K.... oublie ici que la femme avait déjà pris son chapeau et qu'il devait avoir sur sa tête le « calot » qu'elle lui avait mis en échange.)

Je lui fis des reproches de m'avoir amené à cet endroit, et il m'envoya grossièrement promener, puis donna l'ordre au chauffeur de continuer. J'étais à peine revenu de mon émotion quand j'entendis une détonation que je crus être l'éclat d'un pneumatique, puis je vis, à la lumière des phares du taxi, celui-ci revenir en arrière et descendre dans le talus de la campagne Violon, et, au même moment, j'ai entendu la femme pousser une exclamation. Je suis descendu jusqu'au quai, puis remonté sur la route où avait eu lieu la scène, et retrouvé mon revolver au milieu de la route. Je n'ai rien entendu, ni vu se sauver l'homme et la femme, j'ai seulement remarqué de la lumière chez M. Violon. Je dois faire remarquer que je suis venu sur place très discrètement, ayant moi-même peur, puis reparti vivement à mon domicile par le quai, place des Marronniers, rue des Eaux-Vives et rue des Vollandes, 15, chez moi, où je suis resté couché jusqu'à 10 heures du matin.

« J'ai habité la campagne Violon, avec mes parents, alors que j'étais élève au pensionnat Thudichum. Je ne puis que donner le signalement de la femme et de l'individu, que vous avez, du reste, relevé. D'autre part, je pourrais très bien reconnaître cet individu : quant à la femme, je n'en serais pas certain ; cependant, si celle-ci portait les mêmes vêtements qu'elle avait sur elle au moment de notre rencontre, je pourrais donner des renseignements utiles... Le revolver que vous me présentez, et qui se trouve entre vos mains, est bien l'arme que m'avait soustrait l'inconnu. »

On comprend qu'après cet interrogatoire, M. Vibert ait fait écrouer F... K..... à la disposition de M. le Procureur général, sous la prévention d'assassinat sur la personne du chauffeur Adrien Vachoux.

Du reste, le même jour, dans un second interrogatoire, K..... avoua que c'était bien lui qui avait tiré un coup de revolver sur le chauffeur, mais il agrémenta cet aveu de nouvelles niaiseries mensongères, prétendant qu'il était en état de légitime défense, le chauffeur l'ayant injurié et menacé, ce qui est manifestement faux ; tous les témoins s'accordent à dire que Vachoux était un homme paisible, n'ayant jamais eu d'altercation avec ses clients.

Nous revenons à la question : quel est donc le mobile qui a poussé K..... à assassiner son chauffeur ? Et, d'abord, pourquoi lui a-t-il ordonné de le conduire au chemin Byron ? Faut-il admettre, avec nos collègues de la première expertise, qu'il s'était figuré que ses parents y habitaient encore ? Nous ne le pensons pas. Comme nous le démontrerons bientôt, F... K..... est un impulsif, qui agit sans réflexion, capricieusement, sous l'impression du moment, et qui a l'habitude de satisfaire immédiatement ses désirs, ses instincts, ses passions, sans se soucier, le moins du monde, des conséquences que cela peut entraîner. Noctambule désœuvré et ennuyé, il a besoin de se distraire ; il prend un taxi sur le Grand Quai, et va, sans but déterminé, du côté de Montalègre, parce qu'il avait coutume d'y aller autrefois, simplement pour se faire trimbaler en automobile.

Avec nos collègues, nous pensons que le véritable mobile de l'assassinat, c'est la peur qui a saisi K..... lorsqu'il s'aperçut que la voiture ne s'arrêtait pas quand il le demandait. Il s'imagina, tout à coup, que le chauffeur avait été payé par son père, et qu'il avait reçu l'ordre de l'enlever et de le conduire à Bel-Air, pour y être interné, comme on l'en avait souvent menacé. Sous l'empire de cette panique, K....., incapable de résister à ses impulsions, déchargea son revolver sur Vachoux et le tua, épouvanté lui-même de son acte irréfléchi, comme il en témoigne par son exclamation : « Sapristi ! »

Il n'avait jamais donné de réponse précise à cette question du mobile qui l'avait poussé à tirer sur son chauffeur, c'est pourquoi nous lui avons demandé de nous fournir cette réponse par écrit.

Or, voici ce qu'il nous a répondu, à la date du 4 juin 1916 :

« J'ai tiré sur cet imbécile de chauffeur, j'avais raison, il a passé la maison ; j'ai tiré, j'ai pensé qu'il voulait m'enlever et surtout la nuit, il pouvait très bien le faire ; je ne sais pas ses intentions, je pense aussi que mon père, il m'a dit plusieurs fois qu'il voulait me mettre avec les fous, et ça se peut très bien qu'il avait l'ordre de mon père... Vous savez sûrement que le chauffeur voulait m'enlever, mais vous ne me dites

rien ; je m'en fiche, il est mort, tant mieux pour lui, il n'avait qu'à pas dépasser la maison. »

Dans cette recherche du véritable mobile de l'assassinat, on pourrait aussi procéder suivant la méthode des mathématiciens de la « preuve par l'absurde ». — En effet, si l'on n'admet pas le mobile de la panique, dont nous venons de parler, il est impossible d'en trouver un autre qui offre quelque vraisemblance de probabilité — du reste, on comprendra mieux le mobile impulsif que nous admettons comme seul valable ici, lorsqu'on connaîtra plus à fond la constitution psychopathologique de l'inculpé, qui va faire l'objet de notre étude.

## II. — LE CRIMINEL. SES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET PERSONNELS. SON ÉTAT ACTUEL.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Nous n'avons rien à ajouter sur ce point aux constatations de nos collègues de la première expertise. Nous insisterons comme eux sur l'hérédité psychopathique de K....., qui serait sans doute plus chargée encore si l'on connaissait mieux ses ascendants. Nous savons déjà qu'un de ses oncles a présenté des troubles mentaux.

Les informations que nous possédons sur son hérédité directe suffisent d'ailleurs amplement pour nous expliquer la genèse de sa dégénérescence mentale. M. le professeur Weber nous apprend que M. K..... père, bien que niant toute hérédité mentale dans son ascendance, ainsi que dans celle de sa femme, n'en a pas moins fait lui-même « une phase de dépression », dont il considère la révolution de Turquie comme la cause immédiate. Quant à la mère de F..., elle est souffrante d'une grave maladie nerveuse depuis douze à treize ans. Violentes attaques d'hystéro-épilepsie, accompagnées de cris et suivies d'« hallucinations délirantes ».

« En 1912, dit le rapport de nos collègues, M<sup>me</sup> K..... passa, à Constantinople, par une phase de délire, avec confusion mentale complète, ne connaissant plus son mari. Après trois jours de durée, cet état d'agitation fit place à une période de sommeil et puis à la

clarté ». La description de ces symptômes répond évidemment à la maladie nerveuse qu'on désigne, depuis Charcot, sous le nom de *grande hystérie*, ou *hystéro-épilepsie*. Toutes les dépositions des Turcs qui connaissent la famille K..... confirment ce diagnostic, lorsqu'ils parlent « d'évanouissements délirants ». Le D<sup>r</sup> Arabian est plus précis en disant « évanouissements et hallucinations délirantes ».

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Quoique nous ayons peu de renseignements sur la première enfance de F..., nous remarquons cependant, avec nos collègues, MM. Weber, Prévost et Blanchard que, dès l'enfance, « son père eut lieu d'être mécontent de lui, car il ne travaillait pas et se moquait de tout mal à propos ». Il fut toujours extrêmement paresseux et sensuel, aimant à bien manger. On a dit que le fond de son caractère paraissait « bon », ce qui signifie pour nous que F... K....., d'intelligence médiocre, fut dès l'origine un « débile passif », ni violent, ni brutal, ni cruel. En parlant de débile passif, nous entendons par là le débile apathique, incapable de résister aux sollicitations du dehors, pas plus qu'aux appétits égoïstes de son organisme. Il paraît « bon » parce qu'il ne se révolte pas, mais sa bonté est une vertu toute négative, « amoral », qui s'allie très bien avec un égoïsme féroce, et qui n'attend que l'occasion pour manifester son impuissance à retenir le dégénéré psychopathe sur la pente du mal. Or, cette occasion naîtra avec les passions, au moment de l'adolescence, de l'âge critique, à l'époque de la puberté. C'est l'histoire de F... K..... Selon nous, ce n'est pas à seize ans que sa psychose a débuté, alors que jusqu'à ce jour son développement aurait été normal. Nous le considérons, au contraire, comme un anormal dès sa naissance. Nous pensons que sa débilité mentale constitutionnelle est d'origine congénitale, et si les premiers symptômes de perversion morale ne se sont montrés chez lui que vers quinze ou seize ans, c'est uniquement parce qu'ils ne pouvaient pas éclater auparavant. Mais le terrain morbide était tout préparé et lorsque vinrent les tentations qui trouvèrent F... sans force pour leur résister, ce n'est pas un changement pathologique qui s'opère dans son caractère sous l'ap-

parition inattendue d'une maladie mentale étrangère à sa personnalité antérieure, mais les écarts de sa conduite furent bien plutôt les conséquences naturelles et inévitables de sa dégénérescence mentale originaire, qui n'attendaient pour éclore que l'heure des circonstances favorables.

Dès lors, K..... mène la vie la plus déréglée, la plus délictueuse et la plus immorale si exactement décrite dans le rapport de nos premiers collègues que nous n'avons pas besoin d'y insister ici. Il ne peut tenir nulle part et passe de ville en ville et de pensionnat en pensionnat commettant partout ses méfaits. Comme nous lui demandions s'il savait l'allemand, il nous répondit : « Oui, je l'ai appris à Zurich dans un Institut. J'y ai fait plusieurs blagues dans cet Institut. J'ai battu un professeur qui m'avait giflé, parce que je m'étais levé de table. C'est un joli Institut un peu en dehors de la ville. Je suis resté une année à Zurich ; je n'y ai jamais été en bateau ; je ne suivais presque aucune leçon ; je ne faisais pas d'auto ; je sortais le soir pour aller au théâtre, sans qu'on s'en aperçoive ; tous les jours, j'allais au cinéma. J'allais quelquefois à la Tonhalle ; j'aime les spectacles gais, parce que ça me fait rigoler. La chaste Suzanne, etc. J'ai dû quitter Zurich parce qu'on m'a attrapé plusieurs fois le soir dehors. Mon père a dû venir à cause de cela. » En réalité, F.... ne fit rien de bon à Zurich. Il est probable même qu'il y commit un vol, comme nous le lisons dans le rapport de nos collègues. Reprenons le récit que nous a fait F.... K.....

« J'ai été aussi, nous a-t-il dit, dans un Institut privé en haut de Lausanne. Il n'y avait pas de classes ; c'était il y a six ans peut-être ; je ne sais pas (F.... répète très souvent ces mots en réponse à nos questions). Je ne sais pas pourquoi j'ai quitté cet Institut ; c'est moi qui ai voulu partir. Comme ça c'est mieux de partir quand on en a assez. C'était trop sévère ; je n'aime pas la discipline. J'aime bien le Collège de Genève, parce qu'on n'y fait rien. J'aimais bien MM. Reverchon, Süss, Bertrand. Jamais je n'ai fait d'examen. »

Nous avons délégué l'un de nous (M. Naville) auprès de messieurs ses anciens maîtres qui ont bien voulu nous donner les importants témoignages suivants :

*M. Süss.* — « J'ai très bien connu K.... depuis deux ans avant son crime. C'était au début un gentil garçon, bon cœur, docile, prévenant, sympathique, mais toujours inconscient, étourdi, paresseux, ne s'intéressant nullement au travail, incapable du moindre jugement, de raisonnement, de réflexion. Dès le printemps 1915, j'ai remarqué qu'il se dérangeait, passait son temps à arranger sa cravate, à compter et parler de son argent, gattait tout le temps sans raison (1), ne venait plus dès qu'on le grondait. Il s'agissait d'un entraînement par les femmes, habitudes de bar, etc., mais non pas d'une *bizarrie mentale avec allures frappantes d'excentricité*. Au point de vue intellectuel, il restait ce qu'il était, un grand débile, mais il se dévoyait au point de vue sexuel et moral. Ses sentiments vis-à-vis de sa famille s'en ressentaient. »

*M. Bertrand.* — « J'ai eu K.... comme élève en 1912. Il était absolument *passif*, ne prenant intérêt à rien, ne questionnant jamais, incapable de comprendre aucun problème exigeant de la réflexion et du raisonnement. Il ne faisait que des choses absolument machinales. Son incapacité actuelle à calculer 800 à 4 p. 100, ou 1.500 à 3 1/2 p. 100 ne m'étonne résolument pas. C'était déjà ainsi. »

*M. Mercier.* — J'ai eu K.... comme élève deux à trois mois en 1914-1916. C'était un imbécile, absolument passif, incapable d'aucun problème de réflexion, restant à son banc sans s'occuper de la leçon. Il gattait (2) souvent. Ses camarades suisses le considéraient comme un gros imbécile. Il était complètement incapable de calculer. Je n'ai jamais constaté de *bizarrie* ou de folie chez lui, mais bien une énorme lacune intellectuelle... »

M. le professeur *Isaac Reverchon* a dit d'autre part, dans sa déposition : « J'ai en F... dans ma classe au Collège en 1914 et au début de 1915. F... était un paresseux, sans goût au travail et indécis sur la direc-

(1) Symptôme bien connu de l'*impulsion* au vagabondage, aux fugues de ceux qui sont atteints de dégénérescence mentale et dont nous reparlerons.

(2) Terme d'argot collégien usité à Genève pour « faire l'école buissonnière ».

tion qu'il voulait prendre, mais je n'ai jamais eu de sujets de plainte concernant sa conduite... Je considère F... K..... comme un déséquilibré. »

Si l'instruction de K..... a laissé beaucoup à désirer, son éducation en général, et spécialement son éducation morale, ont été pour ainsi dire absolument nulles. Fils unique, espoir de la famille, F... a été abondamment gâté par tout le monde, mais surtout par sa grand'mère, par son père et par ses trois sœurs. On ne lui refusait rien. Nous lisons dans le rapport de nos collègues de la première expertise : « M. K..... père définit sa situation vis-à-vis de son fils de la façon suivante : « J'ai tout fait pour bien l'élever, et lui rendre « accessible une bonne société; il n'a fait que rechercher « la mauvaise et s'abaisser de plus en plus. »

D'autre part, M. Perrier, directeur de la Police centrale, a dit dans sa déposition du 26 janvier 1916, que M. K..... père était venu le voir dans son bureau pour lui faire part des ennuis que lui avait causés son fils, qui avait quitté le domicile paternel et qui vivait avec sa maîtresse que le père accusait de le détourner. M. Perrier ajoute : « Il n'a pas été question d'une demande d'internement ou d'expulsion du fils K..... Moi-même, j'avais parlé à M. K..... père d'éloigner son fils, mais j'ai eu le sentiment que le père avait fait preuve d'une trop grande faiblesse à l'égard de son fils ».

En constatant chez K..... les graves lacunes de ses facultés psychiques supérieures, il ne faudrait pas les taxer tout de suite de *pathologiques*, sans tenir compte de son éducation, de sa race et des milieux si divers dans lesquels il a successivement vécu. Tous ces facteurs ont exercé sur lui, qui ne leur offrait aucune résistance, une profonde influence.

ÉTAT ACTUEL. — *Examen corporel*. — F... K..... est grand. Sa physionomie n'a pas d'expression; son regard est fuyant. Son corps présente une adiposité générale prononcée et un aspect féminin. Les mamelles sont très fortes. On observe de grosses masses graisseuses dans les parties inférieures de l'abdomen, aux lombes et aux hanches, comme chez beaucoup de femmes. Rappelons que M. le D<sup>r</sup> Mayor lui a trouvé une rate volumineuse et le cœur graisseux.



Voici quelques mesures circonférentielles :

	m. c.
Tour de tête (circonférence maximale). . . . .	0 50
1/2 circonférence fronto-occipitale. . . . .	0 35
1/2 circonférence bitragus (d'une oreille à l'autre). . . . .	0 38
Un bourrelet graisseux occipital prononcé.	
Tour des épaules . . . . .	1 10
Tour des hanches. . . . .	1 10
Circonférence mi-cuisses. . . . .	1 60
(la forme des cuisses est tout à fait féminine).	
Circonférence mi-bras . . . . .	1 35
Circonférence du thorax (à la hauteur des mame- lons). . . . .	
a. à l'inspiration. . . . .	1 04
b. à l'expiration. . . . .	1 —
Réflexes patellaires un peu vifs.	
— plantaires, à réactions irrégulières.	
— achilléens normaux.	
— abdominaux normaux.	
— crémastériens normaux.	
— avant-bras et coudes plutôt vifs.	

Au compas de Weber, les distances des impressions senties sont sensiblement augmentées, au visage et sur les doigts. Aux lèvres, on note un écart de 1 1/2 centimètre, tandis que normalement il ne dépasse pas 2 millimètres.

Les dents sont implantées irrégulièrement, le palais est ogival. Rien de particulier à noter quant à la forme des oreilles extérieures.

En somme, sauf la féminité d'aspect du corps, l'irrégularité de l'implantation des dents, l'obésité et le palais ogival, nous ne notons que peu de stigmates corporels de dégénérescence, auxquels du reste on n'accorde plus l'importance qu'y donnait jadis Lombroso et son école. Par contre, les stigmates psychiques, les seuls vraiment importants dans l'espèce, sont très caractérisés chez F.....

*Examen mental.* — Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les lacunes énormes de son intelligence et de ses sentiments moraux. Nous lui faisons lire à haute voix une simple histoire où il est question d'un corbeau. Sa lecture est anonnante, défectueuse. Il ne comprend pas ce qu'il lit et il est tout à fait incapable ensuite d'en rendre compte. Nous avons déjà dit sa complète insuffisance en arithmétique. En géographie, c'est la même

chose malgré ses grands voyages. Comme nos collègues de la première expertise, nous avons constaté que ses connaissances scolaires sont bien minimales par rapport aux années d'étude qu'il a consacrées à les acquérir. L'un de nous (le D<sup>r</sup> Max Egger) a consacré de nombreuses heures à une répétition de géométrie élémentaire et d'opérations de calculs élémentaires. Tous ses efforts ont échoué devant l'esprit paresseux et suffisant de K..... qui finit par déclarer : « Je suis bon mathématicien et pour ma carrière de diplomate, je n'ai pas besoin de tout cela. Tout ça m'embête. Je préfère aller en automobile. »

Dans sa lettre du 4 juin, il nous avait déjà écrit : « Après que vous êtes parti, l'autre monsieur (le D<sup>r</sup> Egger) m'a fait des choses, enfin des machines de géométrie. Il me croit ignorant, mais je sais plus que lui ! »

Son jugement sur la guerre est des plus simples. Les Allemands ont toujours été victorieusement en avant. Aucune bataille spéciale n'a pu empêcher ou ralentir leur progression. Et la bataille de la Marne ? lui objectons-nous. Il répond : « Je ne sais pas, mais les Allemands ne peuvent pas perdre. Ils devraient s'allier aux Français contre les Anglais et les Russes. Les Allemands contre les Français, c'est un lion contre une poule. »

« On tue beaucoup de monde ces temps-ci, a-t-il ajouté. On a tué von der Goltz, auprès duquel mon père voulait m'envoyer comme automobiliste. On m'avait déjà acheté le billet pour aller à Constantinople. On a tué beaucoup d'autres officiers. Pourquoi est-ce qu'on me fait tant d'histoires pour avoir tué... un chauffeur ! »

Du reste, on pourra juger de ses sentiments moraux par le récit suivant qu'il nous a fait de ses compagnons de captivité. « Je me couche très tôt, à dix heures. Ici, à la prison, je dors mal... je suis en cellule avec C. et W. — C. a fait un abus de confiance de 18.000 francs. Je ne sais pas pourquoi on l'a mis en prison. On dit qu'il a volé cet argent. W. m'a dit qu'il n'avait rien fait ; l'autre non plus. Ils ne devraient pas être en prison, car ils n'ont rien fait. Quand on trouve de l'argent il faut le prendre, c'est le bon Dieu qui nous l'envoie ! »

On comprend qu'avec de pareilles maximes F.... ne

s'est pas gêné pour accomplir les nombreux vols dont on l'a accusé, et que rapporte l'instruction de son procès.

Voici comment il se figure les droits qu'il a sur ses sœurs. « J'ai trois sœurs; elles sont très jolies; je les aime bien. Mais elles ne se marieront que si je le veux. La Turquie est bien plus civilisée que la Suisse, mais les femmes ne peuvent rien y faire. *Je ne sais pas ce que c'est que la majorité.* Avant la majorité, le père peut faire tout ce qu'il veut. Mais je pourrais empêcher le mariage de mes sœurs, même si mon père y consentait. »

L'absence totale de sentiments moraux chez F..., doit être qualifiée d'*idiotie morale*; c'est un stigmate reconnu de dégénérescence mentale. Un autre stigmate psychique, non moins prononcé, proche parent du précédent, est caractérisé par sa paresse indécrottable, dont l'intensité est vraiment pathologique. Toutes les personnes qui l'ont connu et approché, ses parents, ses amis et ses maîtres insistent sur ce point. Tous s'accordent à dire que F.... était indolent et paresseux, même dans ses jeux. Il pouvait passer des heures, couché par terre ou dans son lit à jouer au tric-trac. La nonchalance, l'apathie, la paresse et les déficits moraux constituent le fond même du caractère de F..., mais on ne saurait expliquer ses fugues et ses actions étranges, souvent imprévues, que par un déséquilibre mental se manifestant par de soudaines impulsions, simples réflexes, auxquelles il semble incapable de résister. Voilà un nouveau stigmate psychique, l'impulsion, le plus caractéristique peut-être de la dégénérescence mentale. K..., comme l'enfant et comme l'homme primitif, selon Spencer, est un impulsif. On sait que l'impulsion de l'enfant ne fait que reproduire une des phases primitives de l'évolution humaine. K.... n'a pas dépassé cette phase. Son mécanisme cérébral est resté simple. L'action suit immédiatement l'impression sensible, sans laisser le temps aux réminiscences, à la réflexion, d'intervenir, de surgir dans la conscience, comme cela se passe chez l'adulte normal, et d'arrêter par leur résistance, de faire dévier le mouvement lancé par l'impression ou par l'*idée affective* dans le circuit

réflexe du cerveau. La peur irraisonnée d'être enlevé par le chauffeur a fait partir la balle de son revolver, sans que F.... ait eu l'idée de s'y opposer (1). Son acte a toute l'apparence d'une action volontaire. Il n'est cependant que le résultat d'une impulsion, sorte d'automatisme conscient, presque irrésistible chez les psychopathes dégénérés comme lui, agissant sous l'influence de leur déséquilibre mental. Nous disons *presque* irrésistible pour ne pas nous prononcer dès maintenant sur la question de la responsabilité qui fera l'objet d'un chapitre suivant de ce rapport.

Nous devons faire remarquer dès maintenant, toutefois, qu'on a trop facilement et trop fréquemment admis l'*irrésistibilité* des impulsions criminelles. Beaucoup d'impulsifs dont l'intelligence reste lucide, comme c'est le cas de K....., sont intimidables et par suite doivent être considérés comme « responsables ». Le caractère *relatif* de l'irrésistibilité de leurs impulsions a été mis en évidence par la statistique, qui a démontré la grande rareté des impulsions dangereuses satisfaites, même dans les *suggestions hypnotiques*, par rapport à l'extrême fréquence des impulsions innocentes réalisées. La résistance aux suggestions criminelles a été démontrée depuis longtemps dans les expériences de laboratoire.

Entre autres impulsions, dites « irrésistibles », on cite celles des « kleptomanes » qui volent dans les grands magasins, fascinées par l'étalage. Il est d'usage courant, dit Ballet, de les déclarer « irresponsables », en vertu de l'art. 64 du Code pénal qui édicte qu'il n'y a pas de délit quand le prévenu « a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »; or, l'expérience nous apprend qu'à la suite d'un *premier non-lieu*, fortes de l'impunité qui leur est désormais acquise, ces impulsives, qui ne le sont pas toujours d'une façon *aussi complètement irrésistible* qu'on l'a pensé, se laissent aller à de nombreuses *récidives*.

---

(1) C'est un court-circuit cérébral. (Voir mon article : « A propos du court-circuit cérébral » dans la *Tribune de Genève* du 26 octobre 1916.) — Dr L.

La façon dont F.... motive sa tentative de suicide est aussi la preuve qu'elle résulte non pas d'un remords, cause d'une dépression mentale de nature mélancolique, comme c'est souvent le cas chez les détenus, mais simplement d'une impulsion à se détruire pour échapper à l'ennui d'être en prison, ce qui le prive de se promener en automobile! Nous lui avons demandé de nous en fournir les raisons par écrit. Il avait acheté, disait-il, les pastilles de sublimé pour soigner sa blennorrhagie. Or, voici ce qu'il nous écrivait le 1<sup>er</sup> juin :

« Pourquoi j'ai pris du sublimé, mais ça n'a pas d'importance de vous écrire pourquoi j'ai pris du sublimé... je pourrais supporter presque tout, mais par exemple pas la prison, non, alors ça m'embêtait et ça m'embête encore de rester ici; alors j'ai pris le sublimé; dehors je ne m'embêtais pas, et je trouve que c'est bête de me mettre en prison; moi, dehors je me promenais en auto; j'allais me promener où je voulais; ici, il n'y a rien. Il faut rester tout le temps dans la cellule. Je sais que les gens qui ne jugent pas comme moi, pour moi ce sont des bêtes, ce sont des gens qui ne valent rien du tout? J'écris en français très bien; je peux dire mieux que le turc; quelquefois j'écris comme un poète, quelquefois je ne sais pas comme qui. On m'avait dit que je savais le français un ou deux ans après que je suis venu au monde? »

Ces derniers mots témoignent d'une telle fatuité puérile que nous y voyons encore un nouveau stigmatisme psychique de dégénérescence, l'orgueil outrepassant qui caractérise la débilité mentale de l'inculpé. On pourrait en citer de nombreux traits. Bornons-nous à en reproduire un seul que nous trouvons dans sa lettre du 1<sup>er</sup> juin, déjà citée. Après avoir dit qu'il était naturellement diplomate et que pour cette raison il avait une écriture bien plus « chique » que la nôtre, il ajoute :

« J'ai bien pensé, je ne veux pas être diplomate, mais j'aimerais être le Shah de Perse, oh! ça, c'est chique, et peut-être un jour je le serai, et alors je ferai trembler le monde entier, et alors mon père verra si je suis capable ou non. Je rêve pour être un empereur, un sultan de n'importe où, Shah de Perse c'est aussi

chique, avec une jolie couronne sur la tête, tout ça arrivera un jour. »

Fait digne de remarque, notons bien que ce ne sont pas là des idées délirantes, symptômes de la « folie des grandeurs », mais seulement les niaises élocubrations d'un pauvre d'esprit. L'aliéné mégalomane affirme qu'il est le Shah de Perse; se transforme en empereur, et déclare superbement qu'il est un Sultan, tandis que le débile rêve qu'il sera empereur, avec une couronne sur la tête, et borne son ambition présente à imaginer que « tout ça arrivera un jour. »

Nous pourrions rapporter bien d'autres exemples de stigmates psychiques qui abondent chez F. K....., la frivolité, les bizarreries, les étrangetés de sa conduite, la faiblesse de la volonté, l'instabilité mentale, causes provocatrices de ses fugues, etc., mais par-dessus tout son égoïsme, l'absence complète de remords, son indifférence dédaigneuse et injurieuse lorsqu'il parle de la mort du chauffeur (ce qui prouve, soit dit en passant, qu'il n'avait pas prémédité de le tuer) et s'écrie : « Il est mort, tant mieux pour lui; il n'avait qu'à pas dépasser la maison. »

(A suivre.)

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 DÉCEMBRE 1917

Présidence de M. CHASLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

## *Correspondance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legras qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Hanry, membre correspondant, qui regrette de ne pouvoir plus assister aux séances de la Société par suite de sa nomination à Châlons-sur-Marne;

3° Une lettre de M. Paul Voivenel, membre correspondant, qui demande à la Société de mettre en discussion à sa réunion de janvier prochain l'importante question de la *Peur morbide acquise*. — La Société décide que cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance, à laquelle M. Voivenel pourra prendre la parole.

## *Élection du Bureau de 1918.*

M. COLIN, vice-président, devenant de droit président, il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1918.

Votants . . . . .	17
M. DUPAIN . . . . .	14 voix.
M. DUPRÉ . . . . .	3 —

En conséquence, M. DUPAIN est proclamé vice-président.

Les autres membres du Bureau sont proclamés par acclamation.

*Secrétaire général* : M. RITTI.

*Secrétaires des séances* : MM. JUQUELIER et TRUELLE.

*Trésorier* : M. PACTET.

*Conseil de famille* : Il se compose des membres du Bureau et des deux derniers présidents. MM. VIGOUROUX et CHASLIN.

*Comité des finances* : MM. BRIAND et SEMELAIGNE.

*Comité de publication* : MM. ARNAUD, LEGRAS et VALLON.

### *Rapport de candidature.*

M. TRUELLE. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre les conclusions de la Commission, composée de MM. Chaslin, Séglas, et Truelle, rapporteur, que vous avez nommée à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr André Collin au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, assistant de consultation à l'hôpital Hérold, chargé d'expertises près le tribunal d'enfants, M. André Collin a déjà rempli une carrière scientifique longue et fructueuse. Les articles qu'il a donnés dans différents périodiques, les publications qu'il a fait paraître, les communications qu'il a présentées dans les Sociétés savantes, comme aussi son œuvre d'expertise de l'enfance délinquante, et son étude méthodique des arriérés scolaires, le recommandent tout particulièrement à votre attention.

On peut ranger les très nombreux travaux scientifiques de M. André Collin sous trois titres principaux, qui donnent à son œuvre une division à la fois presque rigoureusement chronologique, et logiquement évolutive.

Dans une première série, M. Collin, seul, ou en collaboration avec ses maîtres et ses collègues, publie une suite d'observations et de revues générales concernant plus spécialement soit la médecine infantile, soit la psycho-neuropathologie qui semble l'attirer dès le début de ses études. Ce dont, entre autres : en collaboration



avec M. Chaslin l'observation d'un *Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile* (A. M. P. 1909); la même année à la Société de Psychiatrie, un cas d'*Idées fixes de grandeur suite de délire de rêve tendant à la systématisation*; un cas de *Mort avec hypothermie dans la paralysie générale* (A. M. P. 1909); un autre en collaboration avec M. Séglas d'une *Psychose confusionnelle suite d'émotion-choc* (Presse médicale, 1911); un cas de *délire infectieux sans confusion mentale et sans amnésie de fixation*, en collaboration avec M. Lesage (Archives de médecine des enfants, 1911); une revue générale sur le *Traitement de la chorée* (Journal de médecine de Paris, 1913); un cas de *Paralysie infantile à début méningé* (Paris médical, 1913); une étude sur le *Pronostic immédiat et lointain des convulsions infantiles*, en collaboration avec M<sup>lle</sup> Thérèse Revon (Arch. de méd. des enfants, 1917), etc.

Essentiellement cliniques, ces travaux révèlent un observateur à la fois curieux et judicieux, doublé d'un érudit parfaitement au courant de la littérature médicale française et étrangère.

La seconde et la troisième séries de travaux sont plus personnels; c'est une œuvre en partie originale, sinon nouvelle, du moins reprise méthodiquement et poussée aussi loin que possible à la lumière des données cliniques objectives récemment acquises, à la découverte desquelles M. André Collin a su personnellement contribuer. L'un a trait à l'étude systématique du développement psycho-neuro-musculaire de l'enfant. Guidée par la recherche du symptôme nouveau de la *résistance à la fatigue* dans ses rapports avec les autres signes de débilité motrice déjà connus, éclairée par la notion des conditions évolutives propres à chaque enfant, cette étude, en quelque sorte préliminaire, devait naturellement conduire M. Collin à sa troisième série de travaux qui en sont l'application pratique, thérapeutique, pédagogique et médico-légale.

Nous ne pourrions suivre l'auteur dans le développement de son œuvre sans dépasser les bornes assignées à ce rapport; citons simplement quelques-unes des conclusions auxquelles il aboutit :

Tous les enfants, jusqu'à deux ans et huit mois environ, résistent d'une façon spéciale à la fatigue. La persistance du « signe du bras » doit être rattachée à tous les autres symptômes (hyperréflexivité, Babinski, hypertonie, syncinésie, énurésie) dits de débilité motrice. Le fait que le signe du bras n'existe point chez l'idiot et chez l'imbécile, l'analyse du démembrement précoce ou tardif du syndrome psycho-neuro-musculaire infantile, ses conditions étiologiques, son interprétation pathogénique, peuvent rendre de grands services dans l'appréciation diagnostique et pronostique des états plus ou moins nettement psychopathiques des enfants de deux à huit ans. L'étude de ce syndrome, jointe aux autres renseignements cliniques ou commémoratifs est également susceptible de fournir des indications positives précieuses sur les mesures qu'il convient de prendre à l'égard des écoliers retardataires ou des enfants délinquants.

Citons au hasard quelques titres parmi les nombreux travaux de M. André Collin relatifs à ces problèmes éminemment suggestifs :

C'est d'abord sa thèse, sur le *Syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire* (Paris, 1912); ce sont ensuite différentes communications telles que : *Procédé de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant* (Gaz. des Hôpitaux, 1911); *Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle* (Gaz. des Hôpitaux, 1911); *Le champ inculte de l'hystérie* (Gaz. des Hôpitaux, 1912); *Troubles de la marche et de la station chez un enfant de cinq ans*, en collaboration avec M. Lesage (Médecine infantile, 1913); et surtout un important volume publié en 1914 chez O. Doin : *Le développement de l'enfant. Retard simple essentiel et précocité de l'enfant de deux à quatre ans*, où sont minutieusement étudiés la séméiologie et les caractères différentiels des retards de développement, ainsi que l'étiologie, la pathogénie et le pronostic du retard simple essentiel.

Ce sont encore dans l'ordre pédagogique et médico-légal : *La criminalité chez les tout jeunes enfants. Rôle de l'expert* (Rev. des Tribunaux pour enfants, 1914); *L'enfance délinquante* (B. de l'Acad. de Médecine, 1916); *Collaboration du juge et du médecin pour*

*la répression de la délinquance des mineurs de treize ans* (Communication à l'Acad. des Sc. morales, 1917); *Les principaux types morbides des écoliers insuffisants* (Revue pédagogique, 1917), etc.

C'en est assez, pensons-nous, pour vous montrer la remarquable activité scientifique de M. André Collin, l'esprit méthodique dont il a su conduire l'ensemble de ses travaux; et le sens pratique qui l'a définitivement orienté vers un territoire de la médecine légale psychiatrique et des études médico-pédagogiques, jusqu'alors incomplètement exploré, encore que du plus haut intérêt, à une époque où il importe de tout faire pour tirer le meilleur parti possible des enfants dont, par suite de notre natalité décroissante, le nombre diminue d'année en année d'une façon tragiquement inquiétante.

C'en est assez, assurément, pour que votre Commission soit heureuse de proposer à vos suffrages la candidature de M. André Collin au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. André Collin est élu membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

### *Proposition de M. le Trésorier .*

M. PACTET. — Je viens de terminer le recouvrement des cotisations des membres de la Société médico-psychologique pour les années 1914 et 1916. Plusieurs de nos collègues m'ont fait remarquer, à cette occasion, qu'il serait peut-être équitable de ne pas exiger des membres mobilisés loin de Paris, et qui se trouvent de ce fait dans l'impossibilité d'assister aux séances de la Société, l'intégralité de la cotisation qui est, dans ce cas, de trente-six francs.

L'éloignement ne leur permet pas, en effet, de bénéficier de la réduction résultant de la possession des jetons de présence, réduction qui ramène la cotisation à la somme de onze francs, pour tout membre qui assiste régulièrement aux dix séances annuelles. La réclamation de nos collègues mobilisés me paraît justifiée et je propose à la Société d'accorder dix jetons de présence de faveur pour l'année courante, à ceux de ses membres qui sont mobilisés loin de Paris, et de n'exiger d'eux

que le paiement d'une cotisation de onze francs, en 1917.

Le budget de la Société permet cette petite libéralité.

La proposition de M. le Trésorier, mise aux voix, est adoptée.

La séance est levée à 5 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

---

## SÉANCE DU 28 JANVIER 1918

**Présidence de MM. CHASLIN et COLIN.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Rayneau et Paul Voivenel, membres correspondants, assistèrent à la séance.

### *Installation du Bureau.*

M. CHASLIN. — Messieurs et chers collègues, l'heure est venue de quitter ce fauteuil où votre sympathie m'avait appelé. Ainsi placé en face de vous, j'ai, peut-être mieux que d'autres, pu remarquer la physionomie spéciale qu'ont prise nos réunions en cette année tragique 1917, dans cette petite salle resserrée, avec plusieurs d'entre vous en uniforme, pendant ces communications qui, pour la plupart, avaient trait à nos soldats. Il s'en dégageait une impression d'intimité cordiale, de communion patriotique, de sollicitude éclairée pour les malheureuses victimes de la guerre, impression que j'ai vivement ressentie. J'en conserverai indéfiniment le souvenir avec celui de l'honneur que vous m'avez fait et de la bienveillance que vous m'avez témoignée.

Je devrais peut-être tracer devant vous un tableau d'ensemble des communications qui nous ont été faites pendant 1917. Mais à quoi bon ? Vous les avez encore

présentes à l'esprit. Je me bornerai à quelques considérations générales sur les effets, dans le cercle de nos études habituelles, des grands et terribles événements auxquels nous assistons.

Si la guerre ne nous a rien apporté de nouveau en médecine mentale, elle a fait reparaître, tant sur le front qu'en arrière, de vieilles choses, que l'on croyait oubliées, enterrées, telle l'hystérie, et sur laquelle je me garderai d'ailleurs bien, non seulement d'émettre une opinion, mais même d'en avoir une. Elle a énormément développé les peurs pathologiques, les obsessions, les états de confusion, avec ou sans délire de rêve, de songe, ou hallucinatoire (Delasiauve), les états de dépression, d'angoisse ou de mélancolie, et probablement favorisé l'éclosion d'autres troubles. Une chose pourtant étonne. C'est la résistance mentale et somatique de la plupart des combattants, soumis à des émotions et ébranlements nerveux dont les précédentes guerres ne laissaient pas prévoir le prodigieux développement, la durée inusitée et l'effroyable intensité. Mais il y a bien d'autres choses que nous n'avions pas prévues non plus ! Cependant, ce n'est que la paix rétablie, quand on aura tous les documents et qu'on pourra les utiliser sans crainte de la censure, que l'on connaîtra le bilan exact de ces années et quelle influence elles auront eue sur la santé spirituelle des Français de l'avant et de l'arrière.

Je m'arrête, car les longs discours ne sont pas mon fait : vous ne vous en plaindrez pas. Votre vice-président pour 1917 va me succéder. Vous connaissez ses travaux. Vous n'avez surtout pas oublié ceux qu'il a faits sur l'emploi militaire judicieux de certains anormaux, vous en avez apprécié toute l'importance et l'utilité, puisqu'ils ont emporté vos suffrages. Plus heureux que moi, le D<sup>r</sup> Henri Collin a ainsi contribué directement à la défense nationale. Je l'en félicite et le prie de prendre la présidence à ma place.

M. H. COLLIN. — Mes chers collègues, je n'ai pas l'intention de vous retenir bien longtemps, suivant les anciennes traditions de notre Société, c'est en quittant ses fonctions et non pas en les inaugurant que votre président a coutume de prononcer un discours.

Je ne saurais, cependant, me dispenser de vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux et à succéder ainsi à des maîtres illustres, à des collègues éminents et à des amis très chers.

C'est un honneur dont je sens tout le prix et que je dois, j'en ai la conviction, à l'attachement que j'ai toujours montré pour notre spécialité, aux efforts que j'ai pu faire pour maintenir les prérogatives et les droits de notre corporation.

La médecine mentale, cette science d'origine française, illustrée chez nous par des noms que je n'ai pas besoin de rappeler, a traversé au cours de ces dernières années des périodes difficiles. Nos doctrines — en vertu de je ne sais quelle admiration inconsciente de la force et du succès — semblaient devoir céder le pas aux conceptions nuageuses et, il faut bien le dire, particulièrement instables de l'école allemande.

Mais la plupart d'entre nous demeuraient fidèles à nos méthodes incomparables d'observation, à notre clinique si fine et en même temps si pénétrante, mettant ainsi en valeur les qualités de précision et de clarté, le don d'analyse et de synthèse que tout le monde, à l'heure actuelle, s'accorde à reconnaître comme appartenant en propre à notre race.

Et, je vous le demande, dans quelle partie de la médecine est-il possible d'appliquer au mieux ces précieuses qualités si ce n'est dans l'étude des maladies de la pensée, étude négligée par certains de nos confrères, volontairement ignorée par d'autres et dont la poursuite est cependant si passionnante en raison même des difficultés et des problèmes qu'elle soulève à chaque instant.

On a voulu, au cours de ces dernières années, fondre la psychiatrie dans la neurologie. Je compte parmi les neurologistes trop de maîtres et d'amis, j'ai conservé de mes études à la Salpêtrière un souvenir trop vivant et trop profond pour n'avoir pas été un des premiers à souhaiter une union plus intime de ces deux branches des maladies du système nerveux.

Malheureusement, à la réflexion, cette fusion ne me paraît pas possible. Ce sont là deux divisions parallèles de la pathologie d'un même système, qui ne peuvent ni

se rencontrer ni se confondre. Les malades et les méthodes d'observation ne sont pas les mêmes.

Tandis qu'en neurologie, l'objectivité de certains symptômes cardinaux permet un diagnostic rapide et le plus souvent précis, en médecine mentale une observation prolongée est souvent indispensable, observation à laquelle participent non seulement le médecin, mais tous ses aides depuis le plus modeste, observation qui nécessite l'analyse de troubles fonctionnels fugaces et des innombrables modifications des phénomènes intellectuels, observation à laquelle vient s'ajouter une appréciation psychologique du malade, de ses tendances, de ses réactions, de son affectivité.

C'est pourquoi aucune autre partie de la médecine ne nécessite un apprentissage aussi long que l'étude des maladies mentales. C'est seulement après une pratique de plusieurs années que le médecin aliéniste est qualifié pour porter dans bien des cas un pronostic précis. C'est là une vérité dont on ne saurait trop se pénétrer et je suis certain que tous ceux de nos collègues qui, comme moi, ont derrière eux une carrière malheureusement déjà bien longue seront de mon avis.

Il serait à désirer que les idées que je viens d'émettre eussent un écho dans les sphères dirigeantes.

En effet, nos collègues mobilisés n'ont pas été des plus favorisés au début de la guerre et longtemps encore après qu'elle eut éclaté. C'était le moment où, pour répéter un mot fameux, on mettait n'importe qui n'importe où, pour n'importe quoi.

Et cependant, nous avions des cadres superbes, composés de médecins rompus dans l'étude des maladies mentales, habitués en même temps, en raison de leurs fonctions, à l'installation et à l'administration de grands établissements hospitaliers, et dont l'aide eut été précieuse dans cette période d'organisation du Service de Santé.

On n'en usa pas; il fallut, pour modifier cet état de choses, que l'expérience, au prix de cruels mécomptes, vint ouvrir les yeux des plus aveugles : il fallut aussi que le Service de Santé fût définitivement organisé pour qu'on se décidât à utiliser les compétences qui s'offraient de toutes parts.

La tâche est loin d'être terminée, mais je ne désespère pas de voir le jour où tous les malades délirants seront enfin examinés par des médecins aliénistes qui donneront les indications nécessaires pour le règlement de leur situation militaire.

Nous avons déjà acquis un premier résultat, puisque dans l'année qui vient de s'écouler nos trois sociétés, Société clinique de médecine mentale, Société médico-psychologique, Société de psychiatrie ont pu se réunir sous les auspices du sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé et accomplir une besogne utile, nous avons le droit de l'affirmer.

Il est indispensable de persévérer dans cette voie, car s'il sied d'être modestes, il convient aussi de ne pas exagérer la modestie jusqu'au complet effacement.

En tout cas, vous pouvez être assuré de mon concours le plus dévoué, le plus constant et le plus ferme, ce sera pour moi l'occasion de vous exprimer ma gratitude.

Je m'arrête, mes chers collègues, mais auparavant je tiens à remercier en votre nom notre président sortant, M. le D<sup>r</sup> Chaslin, du dévouement dont il nous a donné la preuve pendant l'année qui vient de s'écouler. Bien que souffrant, il a tenu à braver le froid et les intempéries dont nous avons été généreusement gratifiés pour venir présider nos travaux, qu'il ne s'est pas contenté de diriger, mais auxquels il a pris une part des plus actives.

La guerre, en multipliant à profusion les cas de confusion mentale, a démontré combien il avait eu raison de faire revivre, de façon si lumineuse, cette forme nosologique découverte en France par Delasiauve, et qu'avant les travaux de M. Chaslin on nous retournait d'Allemagne sous différentes dénominations.

Je voudrais aussi remercier notre si dévoué secrétaire général, M. Ritti, qui, au moment où la plupart des réunions scientifiques étaient suspendues, a tenu à rétablir nos séances, démontrant ainsi une fois de plus la vitalité de la plus ancienne et de la plus célèbre de nos sociétés spécialisées, la Société médico-psychologique.

Dans la dernière séance, vous avez appelé à la vice-présidence notre collègue M. le D<sup>r</sup> Dupain. Je le prie de bien vouloir prendre place à côté de moi.



*Correspondance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. René Charpentier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Delmas qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et se fait inscrire pour une communication sur « la Paralyse générale et la guerre »;

3° Une lettre de M. André Collin qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

4° Une lettre de M. Raymond Mallet, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Chaslin, Klippel et Semelaigne, rapporteur;

5° Une lettre de M. Aug. Wimmer, directeur du « Saint-Hans Hospital » de Copenhague, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Legras, Ritti, rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT adresse les félicitations de la Société à M. Ch. Vallon, qui vient d'être promu officier de la Légion d'honneur.

M. VALLON remercie ses collègues.

*Nomination d'un secrétaire des séances.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique une lettre par laquelle M. Truelle remercie la Société de l'avoir réélu secrétaire des séances. Il se voit dans l'obligation de ne pas accepter ces fonctions, les circonstances pouvant l'empêcher d'assister aux séances d'une façon très régulière. Il n'en remercie pas moins ses collègues de cette marque d'estime qu'elle a bien voulu lui donner.

La Société regrette que M. Truelle ne puisse pas continuer les fonctions qu'il a si bien remplies depuis la guerre; M. René Charpentier sera prié, si sa situation militaire le lui permet, d'accepter le second emploi de secrétaire des séances.

*Rapport de la Commission des finances.*

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société, au 31 décembre 1916, était de : Fr. 9.572 20

Les recettes en 1917 ont été de : 3.441 45

Total. . . . . 13.013 65

Les dépenses ont été de. . . . . 1.313 95

Reste un excédent global de. . . . . 11.699 70

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique. . . . . 2.197 60

Prix Aubanel. . . . . 5.611 60

Prix Belhomme. . . . . 2.350 »

Prix Moreau (de Tours). . . . . 400 »

Prix Christian. . . . . 1.140 50

Total. . . . . 11.699 70

La rente annuelle de chacun des prix est de :

Prix Aubanel. . . . . 800 »

Prix Belhomme. . . . . 300 »

Prix Moreau (de Tours). . . . . 100 »

Prix Christian. . . . . 302 »

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1917, et d'adresser des remerciements à notre dévoué trésorier, le D<sup>r</sup> Pactet.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité des membres présents.

**Traitement brusqué des mutités-aphonies  
psychonévrosiques par la respiration artificielle,**

par MM. MAURICE MIGNARD et ANDRÉ GILLES,  
du Centre neuropsychiatrique de la VI<sup>e</sup> armée.

Lorsqu'arrive dans un service neuropsychiatrique un sujet atteint de mutité fonctionnelle et qu'il est encore frais émoulu de l'accident initial, commotionnel ou émotionnel, un fait est à remarquer, c'est l'attitude particulière du sujet au point de vue respiratoire.

Il paraît essoufflé et cette dyspnée est caractérisée par l'allure saccadée et incomplète de l'expiration. En effet, l'examen du thorax nous le montre gonflé d'air tandis qu'une véritable anarchie respiratoire, notamment au point de vue des muscles expirateurs rend l'expiration imparfaite. Le diaphragme, comme contracturé, a perdu l'ampleur de ses mouvements, les muscles abdominaux entravés dans leur participation au rythme respiratoire font des gestes faibles, désordonnés, paradoxaux; le ventre semble ainsi rétracté et contracté, tandis que le sujet expire superficiellement par sa poitrine selon le mode féminin, comme la chanteuse qui arrive, au bout de sa vocalise. En somme le sujet est resté figé dans l'attitude psychophysiologique de l'émotion initiale, selon l'expression vulgaire qui traduit en partie le phénomène dans la locution banale, « la peur lui a coupé la respiration ».

Ainsi, dans cette mutité fonctionnelle, en plus de la contracture des muscles du larynx doit s'ajouter cette notion que, par spasme similaire des muscles thoraciques, la soufflerie ne fonctionnant plus suffisamment, l'anche sonore ne vibre plus et que l'entrave à la phonation dépend autant du spasme émotif, thoracique et pulmonaire, que de phénomènes laryngés.

L'influence des troubles de la capacité thoracique et la nécessité de son augmentation par l'éducation respiratoire, dans le traitement des mutités-aphonies fonctionnelles, a été vue depuis longtemps et excellemment exposée par le Dr Liébaut qui s'est attaché à rééduquer des cas invétérés; mais ce qu'il nous intéresse de signaler ici, c'est la constatation des phénomènes de cet ordre dès leur éclosion et certain procédé de cure primitive et rapide qu'elle nous a suggéré. Nous avons, dans le service, réduit nombre de cas de mutité-aphonie par les manœuvres de la respiration artificielle.

Le procédé est aussi rapide et efficace que le traitement électrique. Il a la valeur, incontestable en matière de troubles psychonévrosiques, parce que, ainsi, elles évitent leur durée et leur fixation, des manœuvres brusquées et incoercibles. La force et la pression physique obtenues par la dilatation et la compression du thorax par les mouvements d'extension et de rabattement des

bras combinés à la pesée sur le thorax sont telles que le sujet ne peut résister. Il fatigue vite, sa contracture entre en résolution, sa respiration se régularise et s'amplifie. Le souffle expiratoire, qui vient ébranler les cordes vocales, leur fait émettre d'abord le son brut et rauque que l'opérateur disciplinera aussitôt par les manœuvres psychothérapiques ordinaires. La même fatigue qui a vaincu l'inhibition par spasme physique amène le patient en résolution psychique et permet de dominer sa volonté. Il s'agit de ne pas le lâcher avant d'avoir obtenu l'émission des voyelles et de phonèmes labiaux. Ce résultat s'obtient généralement en une séance d'un quart d'heure à une demi-heure. Par la suite, il suffit de mener rapidement et énergiquement la rééducation. Le sujet surveillé et pressé s'achemine vers la guérison, en passant par les phases habituelles d'aphonie et de bégaiement où il importe de ne pas le laisser se fixer; et la récupération totale est obtenue en quelques jours.

Ce moyen a l'avantage d'être rapide et de pouvoir s'appliquer précocement. Il est simple et à la portée de ceux qui n'ont pas d'appareil électrique sous la main; il permet donc de réduire l'accident dès sa manifestation, au corps même, si le médecin est prévenu de sa nature psychonévrosique.

Nous signalerons avant de terminer quelques constatations que nous a permis de faire l'observation de cas de mutité-aphonie traités par ce procédé. Il s'agit ici, comme dans tous les troubles fonctionnels, de phénomènes à la fois physiologiques et psychiques où la valeur respective de chacun de ces éléments varie avec le degré de pithiatisme que comporte le cas. Au point de vue physiologique, il s'agit dans la mutité psychonévrosique d'une inhibition par contracture, le spasme thoracique et respiratoire agissant au moins autant que la fixation du larynx et la cure brusquée de l'accident respiratoire entraîne par contre-coup immédiat la résolution du spasme des phonateurs. Au point de vue psychique, il semble bien que les phénomènes soient du même ordre; de même qu'il n'y a pas atonie musculaire, il n'y a pas à proprement parler aboulie, dépression de la volonté, mais déviation et rétraction de celle-ci par une sorte de phobie: le sujet voudrait parler, mais il a peur

de ne pouvoir parler, dominé qu'il est par le sentiment de gêne respiratoire. C'est ainsi que la réduction brusquée par la respiration artificielle du spasme thoracique entraîne la cure de l'élément psychique lui-même. La valeur de l'élément psychique par rapport à l'élément physiologique varie incontestablement selon les cas, au point que certains sont presque purement psychiques et les autres purement physiologiques, mais dans la moyenne des cas, l'abolition du langage ne semble pas dépendre d'une désarticulation siégeant au niveau des centres supérieurs, mais d'un phénomène émotif local qui inhibe le fonctionnement de l'appareil d'émission. Ceci est illustré par le fait suivant; au cours de la manœuvre respiratoire, un sujet se remet à parler et, au lieu d'émettre de simples phonèmes, il nous sort d'emblée un membre entier de phrase qui bondit de ses lèvres comme en explosion; nous lui demandons, pour le stimuler: « As-tu faim? » — la réponse, toute prête, se refusait à sortir, mais, au bout de dix minutes de respiration artificielle, le malade vous répondait d'un bloc: « pas beaucoup ». En somme: il s'agit moins d'aphasie ou même d'anarthrie psychique que d'aphonie psychique pure; ce n'est pas une manifestation d'émotivité intellectuelle, mais un phénomène d'émotivité essentiellement périphérique.

Les indications de la respiration artificielle appliquée à la cure des mutités-aphonies fonctionnelles sont restreintes pour les cas strictement psychiques comme la mutité liée aux paramnésies confusionnelles post-commotionnelles ou à certains cas d'hystérie où la perversion intellectuelle est la seule base du trouble; mais, dans la moyenne des accidents de guerre, où, chez un même individu, s'associent, à quelque dose pour chacun, la part de pithiatisme, d'émotion, de commotion et d'exagération inconsciente, le procédé est utilement et efficacement employé et grâce à sa simplicité même, peut, ce qui est important, l'être précocement sans qu'il y ait à craindre certaines contre-indications que comporte la cure électrique qui ne peut être appliquée que par des spécialistes. Le Dr Raymond Mallet signalait très justement la distinction à faire dans les cas fonctionnels entre ceux nettement pithiatiques et ceux de nature émotionnelle et notait le danger d'un traitement élec-

trique trop brutal pour leur émotivité. Quelle que soit l'origine émotionnelle de ces cas, étant donné leur caractère psychonévrosique, l'utilité s'impose d'un traitement précoce et d'une cure brusquée qui amènent la récupération du langage avant que le sujet ait désappris à parler et se soit fixé dans sa phobie; il nous semble donc que la respiration artificielle pourrait utilement s'appliquer à ces cas du fait même de leur nature émotive.

#### DISCUSSION.

M. VIGOUROUX. — La communication de MM. Mignard et Gilles est des plus intéressantes, tant au point de vue du procédé employé que de l'analyse psychophysiologique qu'ils ont faite du résultat obtenu.

Toutefois, ce qu'ils disent du traitement électrique de la surdi-mutité névropathique appelle quelques réflexions. Au Centre de neurologie de la VIII<sup>e</sup> région, nous avons traité un grand nombre de ces cas, toujours avec plein succès, quand l'affection était récente, avec un succès moindre, quand les sujets avaient séjourné plusieurs mois dans les hôpitaux, où la nature névropathique de leur trouble avait été méconnue.

Dans les premiers cas, l'application de l'électricité faradique ne constitue pas un traitement à proprement parler : elle ne fait que renforcer l'action persuasive. A peine avons-nous faradisé les régions latérales du cou, que le sujet émettait quelques sons, puis se mettait à parler correctement. La même méthode faisait disparaître la surdité; quelques-uns même parlaient avant d'avoir été électrisés. Tout autre procédé agissant sur l'imagination eût donné les mêmes résultats.

Dans les cas anciens, il est possible d'admettre que l'application faradique a une action plus complexe, par suite de l'élément douleur qu'elle provoque. Mais là encore, il ne s'agit pas d'un effet thérapeutique imputable à l'électrothérapie.

M. PACTET. — Dans un hôpital où je disposais seulement d'une machine statique, il m'a suffi parfois de faire asseoir le malade sur le tabouret, pour le guérir de sa mutité.

M. JUQUELIER. — A Tours, dans le service de Clovis Vincent, les malades atteints de mutité pithiatique,

même ancienne et fixée, cédaient d'ordinaire très facilement au traitement par le courant galvanique fort, et le torpillage était, dans ces cas, réduit à sa plus simple expression ; mais ce qui fait l'intérêt de la communication que nous venons d'entendre, c'est ceci : comme le dit Vincent, le sujet atteint de trouble fonctionnel « ne sait pas qu'il peut », et persiste à cause de cette conviction, dans une attitude morbide que ne justifie aucune lésion. En insistant sur le rôle des troubles respiratoires dans la mutité hystérique, et en rééduquant rapidement les malades, les auteurs obtiennent, par une manœuvre rationnelle, adaptée aux circonstances, ce que les méthodes brusquées donnent par l'intimidation et la surprise. Leur procédé est intéressant à vulgariser, parce qu'il ne comporte précisément aucune instrumentation accessoire : il échouerait d'ailleurs très probablement dans les cas anciens ; mais MM. Mignard et Gilles le considèrent à juste titre comme s'appliquant aux cas récents.

M. BRIAND. — Au Val-de-Grâce, les cas anciens d'audi-mutité émotive ne nous résistaient pas plus de trois semaines : les malades récemment guéris, et bégayant encore, servaient de moniteurs aux nouveaux ; cette mission de moniteurs les améliorait rapidement et encourageait leurs élèves. Avec mes collaborateurs, MM. Delmas et J. Philippe, nous pensons avoir créé ainsi un foyer épidémique de guérison par la persuasion, la contagion, l'imitation et l'exemple. Notre méthode a été exposée dans le *Progrès médical* du 4 septembre 1916. Je ne veux ici qu'insister sur le fait que les cas anciens cèdent, comme les cas récents, à l'emploi d'un procédé de traitement éprouvé et institué avec persévérance dans un milieu favorable.

### Sur la peur morbide acquise,

par M. Paul Voivenel, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe,  
Médecin-chef, Ambulance 15/6.

C'est désormais faire un truisme que de déclarer que la guerre actuelle est une grandiose expérience de laboratoire pour l'étude de l'émotivité morbide.

L'émotion a été envisagée dans ses relations avec les

blessures et avec les divers syndromes nerveux et mentaux.

On s'est occupé de l'action de *l'émotivité préalable* sur le pronostic des blessures et des syndromes neuro-psychiatriques.

On a signalé aussi *l'émotivité morbide consécutive* aux traumas et à toutes les causes militaires de déficience organique.

Le dimanche 20 janvier 1918, avait lieu à l'H. O. E. de Bouleuse, centre chirurgical et d'études scientifiques de la V<sup>e</sup> armée, une discussion sur le shock des blessés, qui, magistralement résumée par le professeur Charles Richet, mit au premier rang pathogénique « l'hémorragie de la sensibilité » de Dupuytren, l'intellectualité et l'émotivité du blessé.

Dans le shock commotionnel, certains auteurs, Gilbert Ballet, Rogues de Fursac, Georges Dumas, Roussy, font jouer un rôle considérable à l'émotion.

Nous-mêmes, présentant à la réunion de Bouleuse, comme variété de shock toxique, non immédiat mais précoce, la forme livide, dite à tort *sinemateria* de l'intoxication par les gaz suffocants chlorés, nous avons montré, avec l'aide-major Paul Martin, que cette forme était incomparablement plus fréquente dans les secteurs agités, et surtout chez les troupes surmenées émotionnellement, ce qui confirme cette loi de physiologie : que le vrai surmenage nerveux est le surmenage émotionnel et que, suivant la parole de Hinchard, le cœur physique est doublé d'un cœur moral.

Les études des auteurs français et anglais (Martinet, Lian, Fiessinger, Aubertin, Mackenzie, Burns, etc...) ont mis en évidence, comme il fallait s'y attendre, une véritable symbiose neuro-circulatoire : d'une part, les hypotendus, les hyposphyxiques, les débiles cardiaques constitutionnels, présentent une résistance moindre à l'émotion ; d'autre part les fatigues, les émotions renouvelées, développent ce qu'on a appelé le « cœur de guerre », le « cœur irritable ». Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner du retentissement des fatigues et des émotions sur ces organes vasculaires et nerveux que sont les glandes à sécrétion interne, en particulier sur la glande thyroïde et sur les surrénales ; sur ces dernières, privées



de ganglions qui retardent l'influx nerveux, l'action des émotions est immédiate (Loeper et Verpy, Roger, etc...).

Le rôle de l'émotion violente, du choc émotif dans l'étiologie de la *confusion mentale de guerre* a été nettement formulé par les rapporteurs de la séance des Sociétés réunies du 7 juillet 1917, MM. Capgras, Juquelier et Bonhomme, qui ont écrit : « Dans d'autres cas (exceptionnels) la désintégration de la synthèse mentale a paru être provoquée subitement par une émotion revêtant un caractère particulier d'intensité. »

Si on a étudié l'action de l'émotion et de l'émotivité préalables, spécialement de la constitution émotive du professeur Dupré, on a aussi remarquablement étudié *l'émotivité morbide consécutive* aux blessures et à tous les shocks : commotionnel, contusionnel, émotionnel. Ici, pour être juste, il faudrait citer presque tous les travaux publiés de neuro-psychiatrie de guerre. C'a été l'œuvre des Centres de neurologie et de psychiatrie des armées et de l'intérieur.

Je crois avoir l'impression — elle s'explique si on songe que les Centres n'ont vu que les grands malades, ceux qui franchissent les deux étapes de l'infirmerie régimentaire et de l'ambulance divisionnaire — que les cas publiés jusqu'ici sont des cas où la prédisposition était très nette. Dans son volume de la Collection Horizon sur les « troubles mentaux de guerre », sous le titre « *La poltronnerie, l'émotivité morbide* », le P<sup>r</sup> Jean Lépine écrit, p. 152 : « Toujours parmi ceux que j'ai vus ou qui ont été publiés, on retrouve, soit une grosse tare mentale héréditaire ou acquise (alcoolisme chronique, syphilis ancienne avec affaiblissement général), soit un fait de guerre (blessure ou commotion). Ainsi, ce ne serait, dans ce dernier cas, que l'exagération de l'émotivité générale accrue que nous avons signalée déjà chez les anciens blessés et commotionnés. » Tel, le sujet de Logre (*Revue neurologique*, 1916) dès l'enfance anxieux, phobique, dès l'adolescence agoraphobe, obsédé — suicide et homicide; tel le commotionné de Pactet et Bonhomme (S.M.P., 26 mars 1917); tel l'alcoolique commotionné de Jean Lépine; tels les grands débiles de Laignel-Lavastine; tel le paralytique général tabétique de Logre (*Presse médicale*, 9 juillet 1917).

En résumé :

Pour les syndromes nerveux ou mentaux immédiats ou précoces (shocks du blessé, shock commotionnel, confusion mentale, états asthéniques et états anxieux aigus), *très souvent* une émotivité préalable ou une déficience organo-psychique.

Pour l'émotivité morbide secondaire à ces syndromes, *toujours*, ou une prédisposition psychique, ou un trauma, ou une déficience organique déjà bien marquée.

Cependant, dans des cas il est vrai exceptionnels, on admet chez des sujets normaux et non blessés, non commotionnés, non contusionnés, le rôle unique du choc émotif, d'une émotion violente.

Voilà un des appoints de la neurologie et de la psychiatrie de guerre. Le rôle bien établi, de la prédisposition, de l'hérédité, « cause des causes », est confirmé.

Néanmoins, la fréquence des états mentaux francs, aigus et guérissables oblige les aliénistes les plus conservateurs à admettre l'importance de plus en plus grande des causes occasionnelles, *qui paraissent, dans nombre d'observations, être le seul facteur étiologique des troubles de l'esprit.*

Faisons appel maintenant à la médico-psychologie. Son rôle risquera de nous être d'autant plus précieux que si, comme nous venons de le dire, les causes occasionnelles seules peuvent créer le trouble mental chez le sujet normal, il faut, à plus forte raison, admettre que — et beaucoup plus fréquemment — elles développent des états intermédiaires entre la raison et la folie dont l'étude peut être d'un bien grand intérêt.

Pour bien étudier ces cas, pour délinéer nettement, ce que — par analogie avec le « petit brightisme » et le « petit hépatisme » — nous pourrions appeler le *petit mentisme* (caractérisé par la baisse de la tension nerveuse, le défaut de *présentification* ou d'*immédiatisme*, c'est-à-dire d'adaptation immédiate au réel, signature de la souplesse nerveuse ; la faiblesse de réduction et des images et des réactions polygonales ; l'irrégularité de l'hydrodynamisme énergétique allant du plus au moins, de l'impulsion à l'aboulie ; l'instabilité neuro-circulatoire), il faut vivre, non pas tant avec les malades

qu'avec ceux qui sont sur le point de le devenir. Le régiment est une école d'observation exceptionnelle : on étudie sur soi l'effet des émotions; on l'étudie d'autant mieux sur les autres qu'on vit avec eux, plus intimement encore qu'un infirmier ne vit avec ses malades. Manger à la même table, lutter côte à côte, peiner sur le même coin de terre, concher sur la même paille, quelle surveillance psychologique !... et quivaut, je pense, quoique privée de chronoscopes et de tout l'admirable attirail de la psychologie expérimentale de laboratoire. On note ainsi sur le sujet normal, réactif de choix, les effets du surmenage émotionnel, non seulement les effets des émotions violentes, mais aussi ceux des petites émotions indéfiniment renouvelées.

Et c'est ainsi qu'on s'aperçoit que l'homme ne s'habitue pas aussi facilement qu'on l'a écrit à cette vie anormale, et qu'après l'accoutumance il finit par faire de l'*anaphylaxie émotionnelle* ; c'est ainsi que le médecin peut éclairer le commandement sur la constitution organo-psychologique du courage et l'aider à perfectionner la culture de cette exubérance d'énergie qu'est l'esprit offensif ; c'est ainsi qu'il peut donner la formule de certaines malaises, expliquer pourquoi une troupe admirable à midi peut d'autant mieux flancher le soir, qu'elle a été plus admirable ; montrer pourquoi les volontés tendues ont leurs « coups de fouet » comme précisément les muscles d'athlètes, pourquoi (pour employer un terme sportif très expressif) elles « se claquent » ; c'est ainsi enfin qu'il peut observer les lois de l'énergétisme nerveux qui nécessitent, non seulement le repos physique, l'hygiène alimentaire, mais encore et surtout le *repos émotionnel*. Les aliénistes, que leur bonne chance plaça dans les bataillons, ont pu y faire d'excellentes études médico-psychologiques, au premier rang desquelles je placerai celles d'André Gilles où l'acuité d'observation ne le cède en rien à la finesse de la psychologie et à la tenue littéraire.

Nous avons eu la veine de partir avec nos soldats dès le début et de n'avoir plus quitté notre division d'infanterie. Nous avons assisté aux batailles mouvementées de 1914 ; comme médecin de bataillon, nous avons vécu la vie des tranchées dont nous avons suivi en quelque

sorte l'organogénie. Nous avons vu nos combattants en terrain découvert, nous les avons vus attaquer les réseaux ennemis ou s'accrocher aux leurs ; nous avons reçu les lettres sacrées d'avant l'assaut, ces lettres sinistres dans leur dernière tendresse et que nous étions désespérés d'avoir à envoyer ; nous avons noté la silencieuse concentration d'avant la bataille et, plus tard, l'excitation des blessures légères ; nous avons vu des écorchures minimales, comme la goutte d'eau froide de l'ironie sur un esprit en ébullition, éteindre instantanément l'esprit de combativité. Nous avons tremblé sous les bombardements célèbres — et qui n'ont pas été dépassés — du Verdun de 1916. Nous avons eu l'incalculable chance d'être en première ligne au moment de la grosse attaque allemande sur la rive gauche de la Meuse, où après avoir, deux jours, seul contre une division, défendu la ligne Forges-Régnéville, Bois des Corbeaux et Côte de l'Oie, notre régiment fut réduit à deux cent cinquante hommes et cinq officiers, dont deux médecins.

Depuis 1914 — cela a son intérêt — notre division possède le même Commissaire du Gouvernement, magistrat averti. Depuis 1914, enfin, nous sommes chargé des expertises médico-légales devant le Conseil de guerre, et il s'est établi entre l'expert et le Commissaire du Gouvernement, soucieux d'éviter les faiblesses mais aussi les injustices, une vraie symbiose médico-judiciaire.

Nous n'avons fait qu'une clinique de campagne, à la fortune... des marmites, et on voudra bien nous excuser si nous ne présentons pas des observations d'une rigoureuse technicité.

Nous avons pu, dans la mesure du possible dans ces conditions, étudier comment se flétrissait le courage et comment, d'une part chez la troupe, c'est-à-dire chez l'être grégaire ; d'autre part chez le soldat, c'est-à-dire chez l'être individuel, la peur moins réfrénée reprenait le dessus.

Nous ne reparlerons pas ici de la psychologie du courage et de la peur. Nous voudrions nous en tenir au côté strictement pratique et médico-légal qui nous fait demander l'appui de la *Société médico-psychologique*, à seule fin de pouvoir dire à la Justice militaire : *La peur*

*peut, dans certaines conditions, être un motif d'indulgence et non un motif de plus grande rigueur ; le poltron est différent du lâche.*

*Dans la période de la guerre de mouvement, où les marches étaient interminables, les batailles âpres, sanglantes et répétées, englobé dans la foule, ne connaissant que l'unité anonyme et collective, nous n'avons pu faire de la médico-psychologie individuelle.*

Il serait oiseux de recommencer ici le diagramme des paniques, la peinture de cet état nerveux vibrant et tendu des batailles, où tout est contagieux et quasi magnétique, où se déclenche aussi facilement et la fuite en avant qu'est l'assaut, et la fuite en arrière, où l'exemple d'un héros et le cri d'un lâche peuvent entraîner la victoire ou la défaite. Nous voudrions simplement noter l'impression que nous avons eue, d'une sorte de confusion mentale légère et générale, *grégaire* disions-nous, qui expliqua quelques défaillances au début, que le médecin comprend à merveille, et sur laquelle nous avons rédigé une note (1).

An début, l'action de la fatigue et de l'émotion sur les réservistes, inentraînés et à l'une et à l'autre, fut intense.

Notre première bataille (Amel, Eton, Etain) fut précédée de dix jours de marches forcenées, et fut une surprise. Le soir, beaucoup de nos hommes dont les chefs avaient été tués, s'en allaient désorientés, obnubilés sur les routes incertaines, s'endormaient sur le bord des fossés, ayant des hallucinations hypnagogiques. Réveillés, ils sursautaient, criaient, s'effrayaient. Dans une grange, un aide-major réveillé ainsi, s'enfuit, hagard, hurlant « les uhlans », et déclencha une terrible panique. Que de soldats du jour, jetés sans transition dans la fournaise, brutalement surmenés ainsi, physiquement et émotionnellement, s'en sont allés isolés ou groupés, jusqu'à la ville fortifiée voisine, où des chefs et des médecins, qui n'avaient vu que les reflets de la bataille, les traitèrent, avec une peu compréhensive brutalité ! Plus tard, ces mêmes réservistes,

---

(1) Société médico-psychologique, Société clinique mentale et Société de psychiatrie réunies. Séance du 7 juillet 1917.

entraînés aux fatigues, ayant, par l'habitude qui raccourcit les voies nerveuses, diminué l'irradiation de la peur, n'éprouveront plus ces phénomènes de confusion mentale que nous pourrions appeler *ponoesthésique* (fatigue et émotion) et seront cités collectivement deux fois à l'ordre de l'Armée. Mais, à ces heures du début, il était bien difficile, le soir, au moment où le maximum de fatigue existait, et où l'obscurité supprimait les vigies visuelles, d'éviter cette confusion mentale grégaire d'une troupe non entraînée et surprise.

Et ceci sanctionne la grosse erreur, qui fut, d'abord, de composer certaines armées, uniquement de divisions de réserve, ensuite de les jeter immédiatement dans la bataille. Au commencement d'une guerre, il faudra désormais se rappeler que les troupes inexpérimentées, quel que soit leur enthousiasme, sont d'une émotivité exagérée qui crée le shock des énergies comme elle cause le shock des blessures. Les troupes jeunes et enthousiastes de la Révolution ont été les plus riches troupes à paniques; l'histoire en a enregistré de fameuses, et il ne faut pas oublier que si ces soldats ont conquis le monde, c'est grâce aux merveilleuses armées de l'ancien régime qui les encadrèrent et les dressèrent rapidement. Fût-il en sabot ou en casque, le soldat — supérieur en cela à Minerve — ne naît pas tout armé... même du crâne de Jupiter.

Dans l'interminable *période de la guerre des tranchées*, il faut envisager séparément la *crise* qu'est la bataille et l'*état chronique* qu'est la lutte dans un secteur calme.

La bataille est offensive ou défensive, et, dans ces deux cas, le diagramme psychologique n'est pas le même.

Nous avons noté ailleurs (1), dans l'offensive, deux stades : stade de tumescence nerveuse, stade de détumescence : l'angoisse-anxiété immédiatement avant, le soulagement pendant, l'épuisement après, dont l'officier se rend admirablement compte, au repos, quand il dit : « Je suis remis physiquement, ça ne va pas moralement », signalant ainsi deux sortes d'épuisement : l'épuisement

---

(1) Louis Huet et Paul Voivenel. Le diagramme psychologique de la bataille, *Mercur de France*, 16 juin 1917.

physique, vite guéri, l'épuisement affectif, plus lent à disparaître.

Dans la bataille défensive, c'est sous les bombardements implacables, l'apparition progressive d'un état de stupeur, qui se traduit d'abord par ce que le soldat appelle sans élégance « l'abrutissement », puis par une indifférence émotionnelle qui tombe *brusquement* sur vous comme un brouillard, au moment où l'affectivité est épuisée. « La bataille fait dormir », dit le combattant. Cet état de stupeur affective existe chez beaucoup de prisonniers, qui ne se rendent pas, mais *sont cueillis*. Il s'ajoute aux motifs que peut avoir le commandement de ne pas bourrer de troupes les premières lignes, dans les secteurs attaqués, et de compter surtout sur les contre-attaques. Il faudra se le rappeler plus tard, afin de ne pas être injuste envers certains hommes qui ne méritent pas le nom de « déserteurs ».

On voit l'intérêt médico-légal, de justice sociale, des quelques considérations que nous venons d'émettre.

Le combattant qui *sent*, plutôt qu'il ne discrimine (et n'est-ce pas la bonne manière de connaître les troubles de l'émotivité et les chutes brusques du caractère ?) en tient compte. L'indulgence des aristocrates du risque est en effet plus grande qu'on ne croit, et il y aurait à ce sujet une intéressante comparaison à faire, entre les Conseils de guerre du front et ceux de l'intérieur, ou mieux, entre les Conseils de guerre où prédominent les vrais combattants, les soldats, et ceux composés surtout de « militaires ».

Lorsque notre Conseil de guerre divisionnaire juge deux officiers d'infanterie qui ont « flanché » en septembre 1916, à Vaux-Chapitre, au nord de Verdun, dans un secteur féroce agité, où l'on ne sortait d'un bombardement que pour partir à l'attaque ou à la contre-attaque, il n'oublie pas que l'un des deux coupables, jeune et impressionnable, vient en droite ligne du Maroc et n'a pas eu le vrai baptême du feu..., car feux du Maroc sont aujourd'hui feux de brindilles; il n'oublie pas que l'autre, au front depuis le début, a fait ses preuves et s'honore d'une croix de guerre bien gagnée. Les jeunes « briscards », chefs de section, le colonel, président du Conseil de guerre, se souviennent

qu'ils ont en à s'accoutumer, et que les armoiries du soldat ne se gagnent toujours pas à la première affaire ; ils se souviennent aussi que ces armoiries sont lourdes à porter, et que les épaules fatiguées (Hercule dut bien, jadis, passer son fardeau à Atlas) peuvent, involontairement et transitoirement, les laisser tomber ; ils savent enfin que les occasions de se racheter ne manqueront pas, et que les officiers paient en général royalement ces dettes d'héroïsme.

Nous ne dirons rien des cas où la fatigue et l'émotion violente ont fait éclater des états confusionnels anxieux, aigus et complets, qui ont entraîné l'évacuation, ou causé des délits (fugues, abandons de poste), dont la nature pathologique est *immédiatement* reconnue. Ici, l'émotivité morbide n'est qu'un épiphénomène symptomatique ; concomitante ou secondaire, elle est à la psychose ce que l'albuminurie, par exemple, est à la fièvre typhoïde ou à la diphtérie. C'est affaire des formations sanitaires et des Centres, et il nous suffira d'énumérer les remarquables travaux des Abadie, Aimé, Gilbert-Ballet, Bonhomme, Briand, Benon, Cestan, Capgras, Colin, Courbon, Claude, Cruchet, Camus, Charon, Chavigny, Chartier, Déjerine, Dupré, Georges Dumas, Devaux, Dupony, Dide, Granjux, Grasset, Gilles, Hanry, Juquelier, Jean Lépine, Logre, Laignel-Lavastine, Lejonne, Lhermitte, Manaud, Mairet, Mallet, Merklen, Milian, Marchand, Mignard, Nordman, Oberthur, Pactet, Paris, Piéron, Régis, Renon, Roubinovitch, du Roselle, Rognes de Fursac, Roussy, Sollier, Sicard, Verger, qui montrent que la psychiatrie de guerre, comme efforts et comme résultats, n'a rien à envier à la chirurgie, à la médecine et à l'hygiène.

Avant de terminer cette partie de notre travail où nous venons de parler de l'action des émotions violentes, nous citerons un cas de ce que nous avons appelé le *coup de fouet de la volonté*.

On sait que les muscles de l'athlète se rompent souvent, parce qu'athlétiques même, c'est-à-dire susceptibles d'un effort extraordinaire qui, par sa vigueur, déchire les fibres. Nous avons observé pour l'énergie un cas absolument superposable. Un officier, calme, énergique, intelligent, sans hérédité aucune, qui a conquis



ses galons dans les diverses affaires de son régiment, dont l'attitude sous le feu est faite d'impassibilité souriante, est soumis, avec des camarades, dans un abri peu résistant, à un bombardement intensif. Il est le seul à ne pas manifester d'émotion ; il sait cependant qu'un obus bien appliqué réduira l'abri en miettes ; et voici qu'un projectile, tombant au ras de l'abri, en effondre une partie. Ses camarades, angoissés et émus, comme le plus courageux l'est dans ces cas, n'eurent pas assez d'admiration pour son impassible tranquillité ; il n'avait même pas lâché sa pipe qu'il tenait entre ses dents. Mais voilà que, dès le soir même, il se plaint d'insomnie et se réveille, à une heure avancée de la nuit, avec une crise d'angoisse précédée d'un canchemar au cours duquel il s'est cru broyé par un obus. Le lendemain il constata une émotivité qu'il ne s'expliqua pas et qu'il cacha soigneusement. Il nous la confia cependant trois jours après. Il présentait de l'insomnie, une inquiétude permanente, une crainte, jadis inconnue, des responsabilités, une émotivité difficile à réprimer quand un projectile sifflait trop près et qui lui causait un tremblement dont on ne s'apercevait pas autour de lui, parce qu'on n'y aurait pas cru. Quelques jours après, amaigrissement, si bien qu'il fallut l'évacuer pour fatigue générale. Il demeura plusieurs mois à l'intérieur. Il nous confia que le jour du bombardement, il eut, quand le projectile effondra en partie l'abri, une émotion violente *qui ne fut surpassée que par l'effort qu'il fit pour la réprimer entièrement.*

Il y a là quelque chose d'analogue à ces cas de neurasthénie aigüe, que des médecins s'occupant de sports ont décrites chez des sportifs, à la suite d'un effort de courte durée, mais intensif, dans une course de vitesse ou de demi-fond très disputée.

Nous pensons qu'il faut donner une explication du même genre à l'anecdote publiée par une revue, d'un officier qui ne sourcilla pas alors qu'un projectile de gros calibre tomba sur la maison qu'il habitait et qui, deux jours après, s'évanouit, à la détonation inattendue d'une bouteille de champagne.

C'est enfin la série incessamment renouvelée des petites émotions qu'il faut inculper dans un *secteur dit calme.*

Nous avons déjà insisté sur cette action d'une lente hémorragie émotionnelle dans l'évolution de cet état mental insidieux, justement nommé cafard (1) par le soldat, *et qui est loin d'être, comme on l'a plusieurs fois écrit, le cafard classique des légionnaires*. C'est à la grande émotion ce que l'anémie des mineurs est à la grande hémorragie. Les émotions renouvelées, imperceptibles souvent, sont comme la pluie fine qui mouille parfois mieux qu'une averse passagère. Elles font sur notre réserve d'énergie ce que le suçoir minuscule à base chitineuse de l'ankylostome fait sur notre réserve sanguine.

Cette lente hémorragie est plus dangereuse qu'une impressionnante perte de sang; et cela est bien dans les règles aussi de ce qu'on sait du surmenage émotionnel et moral en psychiatrie.

Les émotions incessantes flétrissent l'esprit de combativité et d'offensive.

*C'est l'affectivité qui est touchée d'abord, et l'étude de ces états mentaux frustes confirme bien l'influence de la cénesthésie et de l'affectivité sur les psychoses débutantes.* A la période d'acoutumance succède, aux tranchées, une période d'état où l'on n'a plus aucun progrès d'attitude à faire; puis survient le premier signe de surentraînement: l'insomnie suivie de l'irritabilité et d'une asthénie physique analogue à la dyspnée des anémiques. C'est la période d'anaphylaxie qui s'est installée; et une division perd ainsi peu à peu de sa valeur; elle attaquera avec moins de vigueur et, en défensive, laissera un plus grand nombre de prisonniers.

On s'aperçoit d'autant mieux de cette baisse de la tension nerveuse, qu'on la ressent soi-même et qu'on l'observe précocement chez les autres. Vos camarades de popote sont des étrangers auprès desquels l'observation n'est pas faussée par ce que Paul Bourget appelle justement « la grande loi de la mésintelligence familiale par idée préalable ».

C'est ainsi que quand la période de tranchée se pro-

---

(1) Paul Voivenel. Le cafard. *Le Progrès médical*, 7 avril 1917.  
Louis Huet et Paul Voivenel. *Le cafard (les asthénies et les tristesses)*, vol., Grasset, éditeur (à paraître en avril 1918).

longe, les disputes naissent dans les meilleurs groupes, les grognards deviennent hypergrognards, les paperassiers ont la nausée des paperasses, les « costauds » sont essoufflés; on est moins confiant, on croit davantage aux journaux, signe fâcheux... et pourtant les abris ne sont pas mauvais (je parle du secteur dit « calme »), et pourtant la paille est bonne, le bois abondant, les cnistots habiles et les cyclistes possesseurs du système D... le plus perfectionné! Seule l'insidieuse hémorragie émotionnelle est inculpable.

Et c'est parce qu'il sait cela, parce qu'il l'éprouve lui-même, que le médecin de bataillon est indulgent pour ses poilus. J'ose m'enorgueillir, en trois ans et demi de guerre, de n'avoir jamais puni ou fait punir un combattant.

Sur mes instances, dès le début de 1915, j'avais obtenu du général de brigade Chandezon, qui avait fait des études médicales et dont le traité d'anatomie pour les élèves de l'Ecole de Joinville est classique, de pouvoir installer dans un village, presque jamais bombardé, à plusieurs kilomètres en arrière des lignes, une infirmerie régimentaire que la générosité de la population et le dévouement du curé enrichirent de lits, de draps, de couvertures et fournirent assez abondamment de lait et d'œufs. Notre infirmerie était toujours achalandée d'une clientèle de soldats dont beaucoup n'avaient qu'une fatigue nerveuse. Quelques jours de repos et ils remontaient gaillards en ligne. Nous avons eu ainsi un minimum d'évacuations pendant les quinze mois, où, sans interruption, le régiment tint les tranchées, le bataillon de réserve ne se reposant alors qu'en seconde ligne, c'est-à-dire à portée même des balles. Nous appliquions, avant la lettre, cette cure de repos physique et *émotionnel* que le général Pétain a codifiée en 1917.

D'ailleurs, il existait déjà une sorte de *modus vivendi* qui prouve que la vie d'observation quotidienne est toujours supérieure aux formules.

Dans telle compagnie, le chef de section ou tel de ces caporaux ou sous-officiers qui ont conquis ensuite le galon d'or, constatant un changement de caractère chez un homme devenu inquiet, triste et évitant les patrouilles, « cafardeux », perdant confiance, me le signa-

laient... et cet homme allait dans notre maison de santé... je veux dire notre infirmerie.

Voilà les observations médico-psychologiques, chez des gens normaux, absolument normaux (n'appartenant par conséquent pas au cadre de la psychiatrie tout à fait classique) que nous a permis de faire notre existence au milieu des combattants.

Et maintenant, si nous envisageons les cas spéciaux que nous avons en l'occasion d'examiner, soit comme expert, soit comme médecin-chef d'une ambulance divisionnaire, nous pouvons les grouper en :

- 1° Peurs, où la prédisposition joue le premier rôle;
- 2° Peurs, dues à l'émotivité consécutive à une commotion;
- 3° Peurs consécutives à un état de déficience organique;
- 4° Peurs morbides consécutives, soit à une émotion violente, soit à la série des petites émotions renouvelées.

Nous choisirons dans chaque catégorie un ou deux cas typiques.

1° Voici un débile mental qui vient de participer aux opérations des Eparges, en mars 1915, opérations au cours desquelles apparurent les torpilles. Le bataillon est à peine arrivé au village de repos, qu'il doit remonter en ligne. Fatigué et ému, le soldat B... s'attarde dans un boyau, puis seul s'en revient « gîter » dans un cantonnement de l'arrière. Je terminais ainsi un long rapport :

« Cherchant à bien traduire notre impression définitive, nous ne trouvons pas mieux à faire que de reproduire la fin de la déposition du caporal Hallier, dont le bon sens a tenu lieu de science psychiatrique. « Br..., dit-il, n'a jamais cherché à se dérober à la moindre corvée, il était courageux, bien qu'un peu *renfermé*. Je ne puis m'expliquer le mobile de son acte que par une sorte de *stupeur* provoquée par l'éclatement des obus et des torpilles. J'ai remarqué chez certains de mes camarades, après ces quatre journées qui furent très pénibles, des phénomènes d'accablement intellectuel et physique semblables. » Ceci montre mieux que toute pédantesque technicité ce qu'est le cas

de Br... : *Stupeur physique et mentale due à la fatigue et aux émotions, chez un brave garçon faible d'esprit.*

— Voici encore un débile mental, de tempérament lymphatique auquel au moment de notre examen nous avons constaté un léger « syndrome de débilité motrice » de Dupré. Excellent soldat au début, deux ans après, ayant donné tout ce qu'il pouvait, ayant participé à plusieurs assauts, ayant goûté du Verdun de mars 1916, au moment où il revient sur ce fameux secteur de Verdun, en septembre, il « flanche » et s'en va, comme un débile d'ailleurs, se faisant cueillir par les gendarmes, avouant qu'il a eu peur. Acquitté, mis dans une formation non combattante du régiment, désormais incapable de prendre part à la lutte, il doit être évacué quelque temps après.

Nous possédons dans notre collection plusieurs observations analogues.

2° Voici maintenant un ancien commotionné, soigné en 1915 par le Dr Vigouroux pour « confusion mentale post-traumatique ». Il en est resté très impressionnable, ses chefs et camarades disant « il était peureux depuis une blessure qu'il dit avoir reçue à la tête.... Malgré une peur exagérée des obus, il est toujours resté à son poste de combat ». Au cours d'un bombardement, un obus tombe assez près de lui. Irrésistiblement, il fuit. Acquitté.

3° Parmi les cas de peurs morbides consécutives à une déficience organique, nous possédons un cas consécutif à une albuminurie, un cas accompagné de ce basedowisme fruste signalé comme si fréquent au cours de cette guerre. Voici deux observations d'officiers de valeur extrêmement significative :

— Le premier est, en fin 1915, en pleine forme morale. Officier de carrière, ayant fait ses preuves déjà comme soldat avant la guerre, ayant dans un superbe régiment d'infanterie coloniale, gagné une Légion d'honneur de première qualité et la Croix de guerre avec palme. En fin janvier 1916, son régiment est amené devant Verdun qui, on le sait, doit être attaqué incessamment. Cet officier attend, sans en être impressionné, l'attaque ennemie. Vers le 5 ou 6 février, il s'enrhume et, le 10 ou le 12, ajoute à ce rhume une sorte de

grippe intestinale avec courbature et diarrhée. On attend d'heure en heure l'attaque allemande. En temps normal, en secteur calme, cet officier serait évacué vers une formation sanitaire. Dans ces circonstances exceptionnelles, nous sommes tacitement d'accord; il faut être bien malade, en effet, pour ne pas partager les dangers des braves gens, qu'on a commandés aux heures tranquilles. Et l'attaque formidable a lieu. L'officier tient, sa fatigue augmente. Le 6 mars, à la tombée de la nuit, il a trois compagnies sous ses ordres, derrière une hanteur dont les troupes d'assaut ennemies s'empareront au matin. Le bombardement est formidable. On enlève à cet officier, d'abord une compagnie, puis une seconde, puis une troisième, qui passent temporairement sous les commandements des chefs de bataillon qui les réclament, en lui disant qu'on les lui redonnera. Il reste à son poste. De ses agents de liaison, plusieurs ne reviennent pas, si bien, que seul dans un mauvais abri, n'ayant plus de nouvelles précises, secoué par un organisme nerveux défaillant, n'ayant plus ce merveilleux appareil plâtré des courages fracturés qu'est l'encadrement des camarades et des subordonnés, il quitte son abri, en pleine panique physique et morale et s'en va à 12 kilomètres en arrière, où, effondré sur un lit de ferme, il dort tandis que ses hommes se battent. Son passé, son attitude les jours suivants, lui éviteront une sanction outrageante; mais toujours émotif, quelque temps après, il demandait lui-même à partir pour le Maroc ou les colonies, où la secousse des batailles sur les nerfs n'est guère plus qu'un agaçant chatouillement.

— Le second officier est un capitaine, déjà blessé en février 1915, par une balle qui traversa le bras droit et la paroi abdominale en séton.

Dans la nuit du 7 au 8 avril, au Bois Le Prêtre, eut lieu une attaque par les gaz; il a immédiatement mis son masque, mais a néanmoins absorbé un peu de gaz; il a toussé et expectoré.

L'attaque passée, il eut une violente dépression morale, se traduisant par une peur irraisonnée des gaz et par des crises de larmes, éclatant en particulier au moment où sa compagnie partit pour le repos, c'est-à-

dire au moment où ce qui reste de volonté se relâche. Dès cet instant, il s'affecte très vivement pour la moindre des choses, quoiqu'il fût habituellement d'un tempérament calme. Il ne veut absolument pas quitter son poste d'honneur; mais sur demande de son colonel et de son général, nous avons à l'examiner. Nous constatons une hérédité hépatique et de la cholémie et nous terminons ainsi, avec le D<sup>r</sup> Raoux, notre rapport :

« M. le capitaine X... est atteint d'un état d'asthénie nerveuse qui, chez un cholémique, a créé, probablement transitoirement, un état de *constitution émotive anxieuse* bien caractérisé, avec son trépied symptomatique : hyperesthésie, hyperexcitabilité réflexe, intensité et durée anormale des émotions. Conclusion : Les médecins soussignés estiment que le capitaine X... a besoin d'un mois de repos absolu avec, de préférence, cure à Vichy. »

4<sup>e</sup> Voici enfin des cas de peur morbide acquise sous l'influence de l'émotion seule.

a) *Emotions violentes.*

— L'artilleur X..., en août et septembre 1914, participe aux actions violentes, voit des camarades blessés et tués, se tient crânement; puis, quoique sous-officier, aux opérations consécutives, ne fait plus honneur à sa réputation. Le colonel Massie, célèbre dans la D. I. par son extraordinaire sang-froid, à cette compréhension de ceux qui éprouvent le courage autrement que sur les livres, et, au lieu de punir un homme dont il connaît la moralité et l'amour-propre, l'envoie se reposer émotivement au parc d'artillerie d'où, deux mois après, cet émotif, remis, s'évade pour devenir un de nos héros les plus purs de l'aviation, tombé depuis au champ d'honneur.

— Un peu de prédisposition, et, sur cette émotivité morbide acquise, l'action surajoutée des petites émotions, et voici, dans le cas suivant, apparaître une névrose d'angoisse caractérisée, qui nous obligera pour un temps très long à enlever un homme des troupes combattantes.

Cet homme, jeté dans la lutte dès le début d'août 1914, sergent qui se tint assez bien pour être proposé comme adjudant, éprouva des émotions particulière-

ment violentes, le 13 décembre 1914, à l'attaque du bois Mortmare où, de huit heures du matin à la nuit, il resta collé sur un terrain battu à tel point par les mitrailleuses, que *tous les blessés étaient tués*, parce qu'ils *remuaient*. A la nuit, il dut circuler, comme agent de liaison, au milieu des cadavres de ses camarades.

Depuis, il ne fut plus qu'un être grégaire, incapable de commander, cassé sur sa demande de son grade, pour insuffisance d'attitude, tenant quand même tant bien que vaille... et ne cédant ouvertement à sa peur qu'en octobre 1917 au fameux Chemin des Dames.

Nous terminions ainsi un rapport très détaillé demandé par le Conseil de guerre :

« C..., dont la grand'mère maternelle est morte à l'asile, atteinte d'une maladie mentale chronique et progressive, fut de tout temps un être sans énergie. Ayant appris difficilement à parler, bégayant actuellement, il présenta dans son enfance des signes de lymphatisme et de nervosité. *Il n'a jamais su rien conclure* et l'effort paraît lui avoir été toujours très pénible. Malgré une intelligence normale, il quitte le lycée sans passer les examens normaux. Il s'engage, non parce qu'il a été un indiscipliné que les parents poussent à l'engagement, mais parce que paresseux qui recule la date d'un concours. Nous avons vu que son émotivité l'obligea à se présenter deux fois devant le Conseil. Il veut faire sa carrière du métier militaire et, malgré cela, se fait souvent punir, toujours pour retards, pour négligence, pour paresse, cette paresse de certains lymphatico-nerveux que des médecins militaires spécialisés avaient déjà étudiée en temps de paix (médecin-major Haury : *La paresse morbide*). Son intelligence lui vant de devenir tout de même sous-officier. Son temps fini il rengage « pour préparer Saint-Maixent » et son temps fini à nouveau, se garde bien de se présenter au concours et... se fait parfumeur.

« On voit cette inaptitude à l'effort et ce défaut de persévérance qui sont le fond du tempérament psychologique de C...

« Déjà un observateur averti aurait remarqué la discordance physique coïncidant avec cette discordance psychique : l'asymétrie cranienne, l'asymétrie faciale, la



blésité, le-phimosis, la scoliose légère, etc., et probablement les symptômes réflexes que la guerre doit avoir exagérés.

« Le médecin un peu habitué aurait conseillé une hygiène intellectnelle, morale et surtout affective, prévoyant que ce *lymphatico-nerveux* n'attendait qu'une cause occasionnelle pour déclencher une *névrose*, et qu'il appartenait à ces classes de tempéraments psychiques dont on dit qu'ils « cherchent le clou pour accrocher leur névrose ».

La guerre vient. C... part dès le début, participe aux actions d'août, septembre, octobre 1914, si pénibles et si émotionnantes; tient malgré tout, est proposé pour adjudant et, dans l'affaire terrible du 13 décembre 1914, son émotivité trop tendue « se claque » littéralement (dans un terme de sport bien compréhensible).

Dès lors, la névrose déclenchée se développe et c'est la *névrose d'angoisse* classique, bien connue, telle qu'elle a été récemment décrite encore par Devaux et Logre (*Les anxieux*, 1916), par Heckel (*La névrose d'angoisse*, 1917). Elle est au complet chez C.... La discordance réflexe, cutanée, tendineuse, sensorielle, les signes vasculaires, la paresse vaso-motrice, la tachycardie, tout y est.

Il y a aussi les crises d'anxiété causées par des motifs divers et surtout par l'appréhension du danger. Le 11 mars 1915, trois mois après la crise émotionnelle du bois Mortmare, il est évacué pour « névralgie du cœur »; quatre mois après, il est cassé de son grade; il est encore évacué pour tachycardie; il se tient comme il peut, au prix d'angoisses renouvelées, passe pour un soldat discipliné et d'excellente moralité; puis revenant de permission, devant rejoindre au fameux Chemin des Dames, à l'époque de l'offensive d'octobre, il retarde, part, s'arrête, hésite, s'en retourne angoissé, hésite encore, erre, se cache dans une cave et, luttant toujours avec sa névrose, finit par revenir quand même à sa place de bataille, avec un retard qui lui vaut sa comparation devant le Conseil de guerre.

Ses chefs, ses camarades connaissent ses frayeurs morbides, et le médecin-chef de son régiment signale son aboulie comme pathologique.

Nous terminions ainsi :

« C.... est un malade de l'émotivité et de la volonté.

« *Sa névrose d'angoisse* en fera un soldat de plus en plus détestable, dangereux par l'exemple sur ses camarades, incapable de surmonter ses nerfs ; c'est un véritable ferment à paniques.

« Il peut rester aux armées, mais devrait être utilisé dans des bureaux ou dans une formation éloignée de la 1<sup>re</sup> ligne (C. V. A. D. ; T. R. ; Secrétaires ; Ambulances, etc...). »

— Voici enfin, un dernier cas, où il faut incriminer la série indiscontinue des émotions, sensibilisant un organisme affectif sur lequel un bombardement tombera, sans commotion, comme une cause occasionnelle, impérative.

C'est le soldat S..., ouvrier maréchal ferrant de village, de constitution normale, d'intelligence médiocre mais suffisante. Il commet deux abandons de poste : le premier, dix-huit mois après son entrée en campagne ; le second, dix-huit mois après le premier.

Nous résumons ainsi la première affaire :

« Chez un soldat discipliné, qui a normalement accompli son devoir à ses postes de combat, du 16 septembre 1914 au 8 mars 1916, près de *dix-huit mois après*, alors que cet homme a déjà gagné la Croix de guerre en janvier 1915 (époque où elle était rare), se déclenche une peur soudaine et irrésistible, *qui surprend ses chefs et ses camarades* ». S..., jugé, fut condamné à cinq ans de détention... et dix-sept mois après sa condamnation, cet homme qui a de nouveau rempli très convenablement son devoir aux tranchées de Champagne et du bois Le Prêtre qui, d'autre part, n'a jamais essayé de « carotter », et ne s'est jamais présenté à la visite médicale, arrivant au Chemin des Dames dont le nom frappait l'imagination du soldat venant d'un secteur calme, abandonne à nouveau son poste, vivant plusieurs jours caché dans un abri abandonné, essayant de surmonter sa peur, comprenant ce qu'il risque, mais ne rejoignant sa compagnie qu'au moment de la relève... Il ne biaise pas, il ne chicane pas, il dit : « La peur m'a pris ; c'est plus fort que moi, je ne puis pas me remonter. » Il sent qu'il ne pourra même pas essayer de se racheter.

Nous trouvons chez lui de la tachycardie, de la diminution des réflexes cutanés, de l'exagération des réflexes tendineux, une intelligence médiocre, mais suffisante pour sa vie habituelle; au point de vue mental, seule la *Thymopsyche* et non la *Noopsyche* est touchée. Ses camarades, observateurs quotidiens et justes, disent tous : « Au moment des bombardements, il tremble, il est *malade*, il a une peur *invincible* », et le Conseil de guerre l'acquittant par trois voix contre deux, son colonel, sur notre proposition, l'utilisera désormais au « Train réglementaire ».

Cette observation nous permet de souligner l'évolution accomplie dans l'esprit de certains Commissaires du Gouvernement, déjà avertis en médico-psychologie de guerre.

Le Commissaire de notre D. I., le lieutenant Tribillac, qui a combattu au 214<sup>e</sup> R. I., terminait, en mars 1916, ainsi son rapport : « La peur à elle seule ne saurait constituer une excuse légale, tant qu'elle ne peut être considérée comme exclusive de toute volonté agissante et abolitive du libre arbitre. » Et voici que, dix-huit mois après, à propos du même sujet dont il a précédemment obtenu la condamnation, il écrit :

« Attendu que la bonne volonté de S... est attestée par son attitude disciplinée dans les cantonnements de repos, ou aux tranchées dans les secteurs calmes....

« Attendu que ses supérieurs témoignent de sa soumission constante aux ordres de ses chefs....

« Que cette excellente manière de servir offre un contraste saisissant avec son attitude en ligne....

« Que l'exagération des manifestations qui lui fait éprouver l'appréhension du danger, la rupture violente d'équilibre que l'éclatement d'un obus provoque dans sa sensibilité, paraissent procéder d'un caractère morbide et paralyser sa volonté....

« Commettons un expert .., etc.... »

Et nous disions aux juges du Conseil de guerre :

« Il n'y a, entre le rapport de mars 1916 du Commissaire du Gouvernement et son ordonnance du 29 septembre 1917, aucune contradiction. La différence des deux prouve seulement que le distingué Rapporteur s'est tenu au courant des observations médico-psychologiques que

la guerre a permis de faire. On sait aujourd'hui qu'il existe *une peur morbide acquise*, que le *courage* n'est pas une qualité simple et toujours identique à elle-même, qu'on n'est pas toujours courageux comme on est toujours brun ou blond, et que par conséquent la peur (*dans certaines conditions bien entendu*, que l'enquête doit élucider), peut être un motif d'examen mental de l'accusé. »

J'ai soin de souligner : « *dans certaines conditions* ».

## CONCLUSIONS

L'observation démontre que la guerre agit sur l'émotivité, de façon transitoire ou chronique, par toutes les causes d'altération de la personnalité organique, nerveuse et mentale.

D'une part, l'émotivité constitutionnelle préalable augmente l'action des altérations organiques, et assombrit le pronostic des blessures et des commotions.

D'autre part, les altérations organiques et nerveuses, les blessures, les commotions, après leur guérison, peuvent laisser une émotivité morbide consécutive, d'une durée souvent très prolongée.

L'émotion seule peut enfin créer l'émotivité, soit par sa violence, soit par sa répétition, son action étant décuplée par toute prédisposition héréditaire ou acquise.

Fréquemment, le seul trouble mental constaté est nettement limité à la sphère affective et, dans ces cas, on n'observe que des signes de poltronnerie dont la nature pathologique doit être recherchée.

Il y a donc lieu de faire entrer la notion de la peur morbide dans la justice militaire. S'il importe pour le salut du pays que la lâcheté soit punie implacablement, il importe non moins que la peur soit reconnue dans ses rapports avec l'émotivité morbide.

Lorsqu'au cours de la procédure d'un délit et dans les pièces d'un dossier :

On reconnaît, soit une hérédité vésanique, soit une hérédité nerveuse ;

Lorsqu'on reconnaît ou soupçonne soit une débilité mentale, soit une débilité physique ;

Si, à la suite d'une blessure, d'une commotion, d'une

maladie, on constate une modification indiscutable du caractère et de l'énergie du sujet.

Si la même constatation s'impose, soit après une crise émotionnelle violente, soit après une longue période de tenue militaire excellente *qui fait que le délit étonne les chefs et les camarades.*

Dans ces conditions, il y a intérêt à ce que la justice militaire soit éclairée par une minutieuse expertise médico-psychologique faite par un médecin spécialiste.

#### DISCUSSION.

M. VALLON. — Je désire surtout féliciter M. Voivenel de sa très belle communication, et ne lui adresserai qu'une critique de terminologie : Cette critique concerne le mot « peur. » — Peut-être aurais-je préféré, au moins pour le titre du travail, hyperémotivité acquise se traduisant par la peur.

M. VOIVENEL. — Le mot peur, qui n'est pas un terme technique et qui traduit le fait constaté en langage courant, me paraît avoir l'avantage d'attirer plus aisément l'attention des juges des Conseils de guerre. Or, c'est eux que je voudrais convaincre en m'appuyant sur l'avis autorisé de la Société médico-psychologique.

M. VALLON. — A ce point de vue, je partage entièrement l'avis de M. Voivenel. Dès 1914, je me suis efforcé de démontrer devant les Conseils de guerre du Gouvernement militaire de Paris que la peur était parfois la manifestation d'un état pathologique. Dans quelques cas, cet état est acquis et résulte de circonstances particulièrement émouvantes : tel un civil de Senlis inculpé de recel de déserteurs. Après avoir durant plusieurs jours subi les pires menaces et les pires traitements de la part des Allemands, cet homme, complètement bouleversé, n'osa pas dénoncer quelques-uns de nos soldats ayant abandonné leur poste et réfugiés chez lui. J'ai demandé qu'on fût indulgent. Dans d'autres cas, il existe une hérédité plus ou moins lourde, et les circonstances ne font qu'accuser la déséquilibration mentale. A cette catégorie d'individus appartient un déserteur fortement déséquilibré que j'ai examiné et

qui abandonna son poste dans l'aviation après trois chutes successives l'ayant mis dans un état tel qu'il ne pouvait plus s'approcher d'un avion sans terreur. Chacun de nous pourrait enfin citer l'exemple de nombreux commotionnés dont le traumatisme, en apparence guéri, modifie du tout au tout la résistance aux émotions de la guerre.

M. ARNAUD. — Comme M. Vallon, j'insisterai d'abord et surtout sur l'intérêt que nous avons pris à éconter M. Voivenel; mais l'auteur a fait allusion à l'existence possible de troubles mentaux chez les sujets normaux. Cela soulève, à mon avis, une grosse question de doctrine. Peut-être n'est-ce pas le moment de la discuter, M. Voivenel nous ayant soumis des conclusions pratiques importante, que je suis, pour ma part, d'avis d'approuver sans réserves. Je lui demanderai néanmoins de s'expliquer sur les troubles mentaux pouvant apparaître chez des sujets biens constitués.

M. VOIVENEL. — Je reconnais qu'il ne s'agit que de troubles affectifs; mais quand on vit avec un millier de braves gens qui, à de rares exceptions près, sous l'influence d'une période de tension prolongée, deviennent impressionnables, irritables, quand on voit leur humeur se modifier de jour en jour, on est amené à expliquer par un état pathologique les réactions émotives susceptibles de survenir chez les plus solides d'entre eux, ce qui se produit quelquefois : voilà comment la peur morbide acquise peut être attribuée à un trouble mental — trouble purement affectif, — je le répète chez un sujet bien équilibré.

M. VIGOUROUX. — Dans la communication si riche en documents de M. Voivenel, je relève deux observations qui, en dehors de leur intérêt médico-légal, me paraissent présenter un intérêt doctrinal.

Ce sont les cas de deux officiers qui, sans hérédité névropathique, n'ayant pas de constitution émotive, ont présenté des troubles mentaux caractérisés, bien que de courte durée, l'un après une violente émotion et un effort énergique pour dissimuler ses réactions émotives, l'autre après avoir été soumis à un bombardement violent dans des conditions particulièrement pénibles alors que déjà il était physiquement malade.

J'ai moi-même observé un cas analogue : un officier très brave m'a confié qu'un jour, sous une influence qu'il n'a pu reconnaître, il a présenté un état d'anxiété pathologique, qui a été de courte durée.

Je me demande si, dans ces cas, l'hypothèse que M. Voivenel a signalée en passant, de déséquilibre endocrinien, causé soit par une cause physique, soit par une commotion de chocs émotionnels, n'est pas le plus vraisemblable. Ce déséquilibre momentané serait la cause productrice de l'hyperémotivité qui est à la base des troubles psychopathiques signalés. Ce que nous savons des rapports réciproques des émotions et des modifications des émotions internes confirme cette hypothèse.

Dans nos asiles, nous observons sur nos malades les effets d'une émotion d'un autre ordre, celle de l'anxiété causée par la crainte de la mauvaise nouvelle, par la préoccupation constante du danger couru par les proches parents.

Cette anxiété continue développe, chez des personnes qui n'y paraissaient pas prédisposées antérieurement, un état d'hyperémotivité pathologique, s'accompagnant d'hypertension artérielle en rapport avec un déséquilibre endocrinien et en particulier avec la présence d'adrénaline en excès dans la circulation, qui se révèle par la glycosurie.

M. VALLON. — Avant de clore cette discussion, j'ajoute, et cela fait ressortir encore l'intérêt de la communication de M. Voivenel, que si les Conseils de guerre ne sont pas suffisamment éclairés, c'est que ces expertises ne sont pas toujours confiées à des médecins compétents.

M. H. COLIN. — Messieurs, en nous apportant sa communication, M. Voivenel nous a demandé d'émettre un vote en ce qui concerne les conclusions. M. Voivenel va nous relire ses conclusions, et je suis certain d'avance qu'en les acceptant, vous donnerez à l'auteur l'appui moral qu'il a bien voulu vous demander.

M. VOIVENEL fait une seconde lecture de ses conclusions.

Après échange de vues entre l'auteur et MM. ARNAUD, BRIAND, SEGLAS, VALLON et VIGOUROUX, concernant le

choix de quelques termes, les conclusions de M. VOIVENEL sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 6 heures.

*Le Secrétaire des séances,*

P. JUQUELIER.



# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ITALIENS

**Annali del manicomio provinciale de Perugia ed autoriassunti e riviste di psichiatria e neuropatologia.**

ANNÉE 1914 (fascicule 1).

Ce fascicule est un véritable volume jubilaire en l'honneur du professeur C. Agostini de Pérouse, l'un des psychiatres les plus remarquables de l'Italie contemporaine, il nous est particulièrement agréable de nous joindre aux élèves du Maître et lui apporter notre tribut d'admiration, en résumant ici les travaux que ses amis et ses élèves ont placés sous son haut patronage.

I. — *Adénoïdisme et troubles psychiques*; par le professeur G. Garbini. — Tout le monde sait aujourd'hui que les troubles adénoïdiens, dits jadis « hypertrophie des amygdales », s'accompagnent très fréquemment de paresse intellectuelle, faiblesse de la mémoire, lenteur de la conception, lenteur des mouvements, apathie pouvant aller jusqu'à un état crétinoïde (surtout lorsqu'il y a coïncidence de troubles thyroïdiens), prognathisme par arrêt de développement de la mâchoire inférieure, lèvre supérieure grosse et pendante, nez aplati transversalement; souvent aussi la voûte palatine est ogivale, les dents mal conformées, les incisives médianes supérieures et les canines hyperplasiées, le crâne et le rachis déformés: il y a parfois de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Cet état s'accompagne d'arrêt du développement général du corps, de bégaiement, de laryngite striduleuse, d'enrouement, de troubles de l'audition et de l'olfaction et même quelquefois de l'incontinence nocturne de l'urine et des matières fécales, de l'inquiétude pendant le sommeil pouvant aller jusqu'à des convulsions épileptiformes, de la tétanie et même des phobies (agoraphobie). Magini et Genta, en 1900, ont comparé les états adénoïdes graves aux états de

cachexie strumiprive. Il est évident que la cause pathogénétique d'un pareil état ne saurait être purement mécanique et due au rétrécissement du conduit pharyngien par les diverses amygdales hypertrophiées. Y a-t-il en pareil cas, comme cela est des plus probables, absence de fonctionnement ou trouble du fonctionnement des amygdales considérées comme glandes endocrines et aussi altération des autres glandes à sécrétion interne, puisque l'on sait qu'il y a une solidarité physiologique entre les différentes glandes de cette catégorie : et ainsi modification de la crase sanguine par intoxication endogène, qu'il s'agisse de la production d'un ou plusieurs éléments anormaux ou au contraire de la non-destruction d'un ou plusieurs produits destinés à être éliminés ? Il semble qu'il y ait une étroite corrélation entre le développement de la partie pharyngienne, de l'hypophyse et des diverses parties de l'anneau lymphatique de Waldeyer. On a constaté une solidarité physiologique très importante entre les troubles thyroïdiens (basedowiens ou goitreux), les troubles surrénaux (maladie d'Addison), les troubles hypophysaires (acromégalie) et les signes constatés dans l'adénoïdisme chronique qui s'étend dans certains cas jusqu'à la fossette de Rosenmüller. Dans cette dernière affection, il y a un certain degré de lymphocytose et altération de la crase sanguine (tendance à l'hémophilie). Quoi qu'il en soit, lorsque l'on a pratiqué une opération, les symptômes de l'adénoïdisme disparaissent et même, dans certains cas, lorsqu'il y a coïncidence de lésions de deux ou plusieurs glandes endocrines chez un même sujet il se produit une amélioration de l'état basedowien, addisonien, acroméganique, etc. Garbini signale, après quelques auteurs, des relations entre l'adénoïdisme et l'épilepsie et aussi la concomitance dans certains cas de ces troubles pharyngiens avec des troubles psychiques comme l'aprosxie, sans pouvoir d'ailleurs en donner une explication satisfaisante.

Enfin, Garbini donne à l'appui de sa conception l'histoire clinique d'une jeune adénoïdienne de dix-huit ans, atteinte de lypémanie légère avec stigmates dégénératifs identiques à ceux que nous venons de signaler, d'après Garbini, comme étant en relation avec l'adénoïdisme, qui fut très améliorée par une intervention sur les amygdales cependant tardive puisqu'elle avait dix-huit ans à ce moment.

II. — *Hypothyroïdisme et myxoedème*; par le Dr Garbini. — Le myxoedème est la traduction clinique d'un ralentissement

fonctionnel de la thyroïde, dont les symptômes disparaissent par l'administration des préparations thyroïdiennes aujourd'hui classiques. Dans le myxœdème, on le sait, outre les troubles mentaux d'apathie et d'affaiblissement apparent de l'intelligence, il y a des déformations de la face (pleine lune), des troubles trophiques, une très notable résistance aux mouvements actifs des membres supérieurs et inférieurs, de l'exagération des réflexes tendineux pouvant aller jusqu'au clonus du pied et de la rotule; ces troubles rappellent jusqu'à l'identité ceux de la paralysie spinale plastique. Les recherches des physiologistes italiens Tizzoni, Donaggio, etc., ont montré que ce sont les toxines accumulées dans l'organisme des animaux éthyro-parathyroïdés qui exercent une action élective sur les faisceaux médullaires et les centres trophiques et amènent rapidement un état grave de ces voies neurales. C'est le faisceau pyramidal croisé, qui est l'élément le plus altéré du névraxe en pareil cas. Parfois, au lieu d'une véritable dégénérescence du cylindraxe, le syndrome reste au premier stade de l'altération et ne se traduit que par un gonflement de cet élément. Dans le cas de l'auteur, il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans, qui avait depuis un an des crises tétaniques des quatre membres, du bégaiement, des troubles de la marche, de l'affaiblissement intellectuel, de l'indolence, mais pas le faciès en pleine lune, elle ne présentait ni le phénomène de Trousseau ni celui de Babinski, la marche était impossible en raison du spasme de la rigidité et de l'angle que faisait le tronc avec les membres inférieurs. Un traitement thyroïdien intensif amena une amélioration équivalant chez elle à une guérison, il fut continué trois mois.

III. — *Fines altérations des cellules nerveuses consécutives à l'action de quelques poisons, — signification fonctionnelle probable de l'appareil réticulaire interne et de la substance thyroïde.* Note préventive présentée par le professeur U. Rossi. — Il semble licite aujourd'hui d'assimiler l'appareil réticulaire interne aux autres formations endocellulaires, telles que les mitochondres, la substance thyroïde et la substance trophospongieuse que l'on trouve à l'état normal et même dans certains états pathologiques. L'auteur a étudié l'action de la picrotoxine et de la guanidine sur les cellules de la moelle épinière du lapin par la méthode de l'Uranium de R. y Cajal et celle de l'acide arsénieux de Golgi. Il a constaté dans la pigmentation du réticulum, de la réduction du réseau en une série de

petits blocs irréguliers de volume variable pouvant aller dans les formes graves jusqu'à l'apparition de très petits grains épars au milieu du cytoplasma. Mais ces altérations sont-elles comparables à celles produites par les troubles trophiques ou au contraire à celles produites par le métabolisme, d'abord dynamique puis permanent. L'auteur établit que ce réseau interne qui existe aussi bien dans les éléments nerveux que dans ceux des autres tissus acquiert une plus grande extension dans les cellules les plus hautement différenciées et dans les éléments nerveux qui ont la plus haute tension nerveuse ou, ce qui revient au même, le plus riche chevelu de connexions physiologiques; il ne semble donc pas qu'on puisse lui attribuer un rôle purement trophique, ce serait un organe destiné à servir simultanément d'accumulateur et de condensateur à l'énergie nerveuse, ce qui serait également la fonction de la substance thyroïde. Le réticulum interne se différencie à l'époque où le neurone est prêt à fonctionner; pour d'autres, la substance thyroïde serait destinée à empêcher une déviation et une dispersion des courants nerveux le long des fils conducteurs; ce qui tendrait à le prouver, c'est le contact intime qui existe entre les neuro-fibrilles et les éléments chromatocytes formant la substance thyroïde. Cette substance chromatique est surtout abondante au point d'émergence du cylindraxe et manque aux points cytoplasmiques, elle serait rare dans certains éléments nerveux dont le rôle isolateur paraît démontré. En résumé, dans les cellules où elle existe même dans des éléments n'appartenant point au système nerveux, la substance réticulaire interne servirait à emmagasiner l'énergie nécessaire aux diverses fonctions de la cellule.

IV. — *Nouvelles observations de nids cellulaires dans les ganglions spinaux humains*; par le professeur U. Rossi. — Aux observations de ce genre que l'auteur a fournies en 1911 dans les *Annales de la Faculté de médecine de Padoue*, il convient d'ajouter deux faits nouveaux: l'un, dû à Boveri et publié à l'Académie royale des sciences de Turin en 1913, relatif à des nids cellulaires trouvés par lui dans le ganglion vestibulaire du nerf acoustique. Ils étaient formés de cellules doubles enfermées dans une même capsule. On sait que le ganglion vestibulaire est moins évolué que les ganglions spinaux des mêmes sujets. L'autre, de l'auteur dont il publie les figures: l'une d'elles forme une de ces colonies cellulaires décrites par Muller et Sibelius, formée d'une cellule volumineuse avec grosses

granulations pigmentaires et sept, huit petites cellules qui l'entourent et sont séparées par des trabécules fins et incomplets. Ces cas confirment l'auteur dans son opinion antérieure sur la question.

V. — *Sur un cas de psychose onirique*; par le Dr Vitali. — Une jeune déséquilibrée de dix-huit ans s'était éprise, vers l'âge de quinze ans, d'un jeune homme, qui, quelques mois plus tard, partit en Libye pour y prendre part à la guerre. Une belle nuit elle voit, dans un cauchemar, son amant mort et, elle, recherchant sans résultat son cadavre; en se réveillant, scène d'agitation maniaque, au cours de laquelle elle brise tout chez elle, frappe sa sœur d'un coup de couteau, cherche à se jeter par la fenêtre. Bientôt après anxiété, mutisme, insomnie, refus d'aliments. Transférée à l'asile, elle y donna l'impression d'une mélancolique confuse, puis très rapidement la situation s'améliore et elle sort guérie au bout de peu de jours. Pendant l'accès, le tube digestif était saburral et la constipation tenace. Cet état est évidemment celui décrit par Régis, sous le nom de psychose onirique, et est lié à une intoxication exogène ou endogène. On le rencontre dans les états intestinaux gastriques, dans l'insuffisance hépatique, dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'artériosclérose cérébrale. De Sanctis attache avec raison un rôle à la prédisposition héréditaire du sujet. Y a-t-il dans l'état de rêve ou plutôt dans l'état hypnagogique un état comparable à la conscience subliminale de Myers, qui explique la télépathie? Quoi qu'il en soit, d'après Morselli, certains hommes illustres: La Fontaine, Goethe, Voltaire, Newton, ont puisé dans leurs songes invoqués des idées pour leurs travaux. Les faits de cette nature semblent donner raison à de Sanctis et à Claparède, qui voient dans le sommeil une fonction active de l'organisme, mettant en œuvre le subconscient. Parfois dans des circonstances particulières, le rêve peut devenir suspolygonal et alors se traduire par un délire consécutif au réveil.

VI. — *Auto-traumatismes et auto-mutilations chez les aliénés*. Note clinique du Dr A. Benedetti. — On connaît l'amputation volontaire de l'écrevisse, moyen de défense qu'emploie l'animal pour mettre sa vie à l'abri en sacrifiant l'un de ses membres. L'auto-mutilation de l'aliéné est-elle de même nature, ou l'aliéné qui se livre à cette pratique est-il un « amant de la douleur », un pervers instinctif? Il est assez difficile de répondre: c'est en tout cas un anesthésique, un analgésique profond. L'auteur

rapporte un certain nombre de cas d'aliénés auto-mutilateurs. L'un d'eux est un intermittent à double forme qui, au cours d'une crise lypémanique, s'est amputé le poignet dans un raptus panophobique. Après guérison, il dit qu'il ne lui semblait pas qu'alors ce bras fût partie de sa personne. Un dément paranoïde de trente-deux ans voulut s'immoler pour racheter l'humanité et se trancha la pointe de la langue avec ses dents; il mourut de marasme à la suite de cet accident. Un confus mourut dans les mêmes circonstances, après avoir avalé le morceau de langue ainsi sectionnée, mais on ne sait par quel mécanisme psychologique il fut poussé à cet acte. Dans le cas suivant, il s'agit d'un dément précoce qui se serre jusqu'à cyanose les doigts dans des ficelles. D'autres déments précoces s'épilent constamment la moustache ou les autres poils du corps. Une imbécile, mécontente des personnes qui l'entourent, s'arrache le lobule de l'oreille. Une autre se mord elle-même constamment le bord cubital des mains et des avant-bras dont la peau est remplacée par du tissu cicatriciel. Une troisième s'arrache des morceaux de peau du visage avec des brindilles de bois. Une maniaco-dépressive emploie pour cela ses ongles. En somme, on rencontre des faits de ce genre surtout chez les déments précoces qui, d'ailleurs, sont le plus grand nombre des malades d'asiles. Tantôt on peut les interpréter comme des troubles de l'instinct de conservation, tantôt comme le résultat de troubles graves de la cénesthésie; perte de la sensation douloureuse ou douleurs intolérables. Parfois il s'agit d'impulsions vraies. Dans l'imbécillité, la phrénasthénie et l'idiotie, il s'agit de raisons qui, la plupart du temps, nous échappent, mais que nous avons soif de connaître, car l'homme tient toujours à expliquer tous les faits. Quelques-uns de ces actes, nous demandons-nous, ne sont-ils point explicables par l'automatisme des déments précoces et des idiots, comme la trichillomanie?

VII. — *Sur le méricysme*. Note clinique pathogénétique; par le Dr Tucci. — L'auteur a étudié la rumination physiopathologique par les rayons X et a cherché à en élucider la pathogénie; il la considère comme un syndrome épisodique au cours des névroses et des psychoses. L'histoire clinique de son malade est la suivante: Un homme de vingt et un ans, dont le père présentait la même particularité, rumine les liquides, le lait et le bouillon cinq à dix minutes après les repas et cela depuis seize ans; il ressent à ce moment une boule de matière pul-

tacée qui lui remonte de l'épigastre ; il n'a aucun des signes qui accompagnent le vomissement : troubles du poulx, de la respiration, de la contraction du diaphragme, l'espace de Traube est normal, le pylore et le cardia paraissent en bon état ; de même la mobilité gastrique. Pour la radiographie, ingestion d'une tasse de lait et de deux cachets de sous-nitrate de bismuth. On constate des mouvements du diaphragme pendant la période d'ascension de la boule, des mouvements de brassage pendant la même période. L'eau chloroformée à la dose de 6 p. 100 arrête le phénomène. Le malade présente de l'anesthésie du pharynx et du côté droit du corps. Le réflexe plantaire droit est diminué au contraire ; les réflexes crémastériens, abdominaux et patellaires sont exagérés. Le rétrécissement du champ visuel est très net. Rien ne rappelle dans ce cas le mécanisme de la régurgitation dans lequel le diaphragme ne joue aucun rôle ; il y a simplement antipéristaltisme exagéré : c'est une action du pneumogastrique ou du rameau interne de l'accessoire de Willis. Y a-t-il simple gastrectasie comme le prétendent Bourneville et Séglas ? Y a-t-il dilatation permanente du cardia, comme l'admet Demoor ? Est-ce en relation avec une insuffisance mentale ou des idées parasites ? Est-ce un syndrome hystérique ou neurasthénique appartenant aux psychoses et surtout à celles entraînant une désagrégation du moi ?

VIII. — *Sur la fonction des lobes frontaux.* Note anatomoclinique ; par le Dr Rebizzi. — On sait que classiquement et malgré certaines divergences de détail, les auteurs localisent dans les lobes frontaux les centres supérieurs de la mémoire, de l'association des idées et même les fonctions dites intellectuelles du jugement et de la volonté : ce que l'on appelle assez fréquemment les attributs de la personnalité. On sait aussi que l'hémisphère gauche a un rôle plus étendu sinon plus élevé que l'hémisphère droit, en raison de la décussation à différents étages des faisceaux pyramidaux, aussi bien ceux dits croisés que ceux dits directs. Si l'on rencontre des tumeurs des lobes frontaux qui ne se sont révélées qu'à l'autopsie, on voit plus souvent dans les tumeurs des troubles d'ailleurs légèrement variables, suivant la localisation et le volume du néoplasme. Ce sont des troubles de la mémoire, de l'attention, du puérilisme mental (Brissaud), de la tendance à la raillerie. Cet état peut aller jusqu'à des troubles mentaux de confusion atteignant parfois la démence confirmée et justifiant l'internement. Souvent aussi les tumeurs (Agostini) s'accompagnent de troubles du sens

moral, de changement de caractère et acquièrent ainsi une importance médico-légale considérable. Cet état criminel peut être en relation, et les Italiens insistent sur ce fait, avec des états épileptiformes dans lesquels l'affaiblissement mental est plus accusé chez ceux où les lésions des lobes préfrontaux prédominent surtout à gauche. Lorsque ces lésions atteignent le lobe orbitaire et ses deux sillons rectilignes, il semble y avoir surtout des troubles du sentiment moral et de l'inhibition de l'activité. La possibilité de lésion des lobes préfrontaux chez un individu jusque-là normal, qui se livre à un acte criminel, doit toujours être envisagée en médecine légale. Rebizzi cite le cas d'une femme de cinquante-deux ans, mère de quatre enfants vivants, qui succomba à une paralysie générale progressive, et avait, au début, changé de caractère en même temps qu'elle perdait la mémoire et l'intelligence; elle abandonna son mari aveugle pour se livrer au vagabondage, à la prostitution, à l'exhibitionnisme, elle volait les aumônes dans les tronc des églises et aussi des fruits et du linge; à l'asile, elle déchirait ses vêtements avant de tomber dans le marasme terminal.

L'autopsie, après cinq années de présence à l'asile, fit constater de l'artériosclérose cérébrale, de l'épaississement de la dure-mère, de l'œdème gélatineux des lobes frontaux et d'une partie des lobes temporaux; enfin, le pôle antérieur frontal du cerveau était comme aplati latéralement, la scissure interlobaire baïllait de la largeur d'un doigt; enfin, les circonvolutions frontales étaient atrophiées, très minces et striées à droite; les lésions des mêmes endroits étaient moins prononcées. Histologiquement, il y avait atrophie cellulaire des éléments nobles de la zone frontale; jamais, dans ce cas, il n'y eut de délire au sens propre du mot.

IX. — *Conformations variées de l'organe de l'ouïe*; par M. G. Agostini. — Un homme de soixante-neuf ans avait le pavillon de l'oreille droite plus petit que celui du côté gauche de 48 millimètres. Le lobule et l'hélix y étaient imparfaitement formés; l'anthélix, la fossette triangulaire, la conque, le méat et le conduit auditif externe manquaient absolument. L'os temporal était régulièrement conformé. L'anneau tympanique manquait complètement, de même que la membrane tympanique elle-même; la paroi de l'oreille moyenne était complètement ossifiée; le marteau et l'enclume était normaux, mais le manche du marteau est plus étendu que normalement, car il se prolonge jusqu'à la scissure de Glaser; l'étrier fait complètement défaut.



Ces anomalies se rattachent à des troubles du développement du deuxième arc branchial, du cartilage de Meckel, du cartilage de Reichert. L'absence d'étrier rapproche ce cas de l'anatomie normale des cétacés, des marsupiaux et des monotrèmes.

X. — *En visitant le manicomio de Pérouse. Impressions et souvenirs*; par le D<sup>r</sup> Saporito. — Le professeur Agostini a cherché à donner à l'établissement les caractères d'un asile-village. Outre les bâtiments de Pérouse, ce manicomio comprend des annexes d'incurables à Spolète et à Foligno de Rieto, et un quartier de pellagres à Cita de Castillo. Les murs et les sauts de loup ont été remplacés par des réseaux métalliques. Le classement en pavillons ne se fait plus suivant le mode antique : tranquilles, demi-tranquilles, agités, gâteux, mais bien entre aigus curables, épileptiques incurables, colonies industrielle et agricole. Enfin, Agostini a eu le mérite de ne pas organiser de quartier d'aliénés criminels, mais de répartir les sujets de cette catégorie, suivant leur état, dans les différents quartiers. Enfin, à tous les étages, on trouve des bains, des lavabos et des water-closets. L'établissement est installé pour 800 aliénés, mais la population n'atteint pas ce chiffre.

XI. — *Quelques mots sur l'hôpital Sainte-Marguerite de Pérouse*, par le D<sup>r</sup> Palmieri. — Article publié en 1838, à Bruxelles. Description très littéraire de l'ancien établissement de Sainte-Marguerite de Pérouse qui a précédé le manicomio actuel. Après avoir été un couvent de Bénédictins, il devint, en 1820, grâce au cardinal A. Rivarola, un asile pour 60 malades environ. Il fut ouvert en 1824 et dirigé alors par le professeur Santi; il était organisé suivant les idées d'Esquirol et répondait complètement aux doctrines du savant maître de Charenton. Combien il serait à souhaiter qu'aujourd'hui tous nos asiles français puissent être ainsi organisés!

XII. — *En l'honneur du professeur C. Agostini, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa vie manicomiale*. — Ce livre jubilaire se termine par un compte rendu, d'après le *Giornale dell'Umbria*, de la cérémonie de la remise du parchemin commémoratif à l'illustre directeur de l'asile de Pérouse. On évoque le souvenir d'Adriani, le prédécesseur d'Agostini à la tête de cet Institut, qui en commença la reconstruction. On fit l'éloge d'Agostini, élève de Kraepelin, de Tamburini, de Lombroso et l'un des membres de l'école positiviste juridique qui a renouvelé la science du droit en la rattachant à la psychologie normale et pathologique. Tout le personnel de l'établissement

médical, administratif et secondaire assistait à cette cérémonie jubilaire et témoignait son attachement au maître de cette maison. Le procureur du roi, Campili, enfin tous les psychiatres italiens que leurs occupations retenaient loin de Pérouse, se sont associés à cette manifestation sympathique et aussi E. Ferri, Bianchi, Tamburini.

Que M. le professeur Agostini veuille bien ici recevoir l'hommage des *Annales médico-psychologiques* et des psychiatres français admirateurs de son talent et de notre sœur l'Italie, qui a tant fait de nos jours pour l'avancement de notre spécialité.

L. WAHL.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*La Psichiatria tedesca nella storia e nell'attualità* (La psychiatrie allemande dans l'histoire et dans l'actualité), par le Professeur E. Lugaro, 1 vol. in-8°, Firenze, tipografia Galileiana, 1917.

- Comme l'indique son titre, ce livre du distingué professeur est d'actualité. Il a pour objet de rechercher si les prétentions à l'hégémonie émises par l'Allemagne sont justifiées en matière de médecine mentale et dans quelques parties connexes des études sur la structure du système nerveux. Dans ses considérations préliminaires, M. Lugaro déclare qu'il n'écrit pas pour les Allemands, incapables de comprendre. C'est pour les Italiens qu'il écrit, empoisonnés avant la guerre par le toxique german, et c'est comme traitement que ce travail leur est offert. Et il ajoute qu'ils l'accepteront comme d'autant plus impartial qu'ils y trouveront démontrés les mérites d'auteurs, dont la plupart sont Français ou Anglais. Il commence par expliquer la mentalité allemande; puis, dans une série de chapitres consacrés aux grandes divisions de la médecine mentale, il examine minutieusement l'apport des différents peuples. Il faut lire ces chapitres pour apprécier comme il convient le travail historique qui y est ainsi condensé. On ne peut guère les analyser, mais il ne saurait nous déplaire, à nous autres Français, de voir si bien placés en pleine lumière les travaux de nos compatriotes qui ont vraiment été les initiateurs dans tant de cas. Qu'il s'agisse de l'organisation des asiles, de l'étude des psychoses à base organique, pellagre, alcoolisme, paralysie générale, syphilis cérébrale, maladie du sommeil, rage, myxoedème, encéphalopathies infantiles, épilepsie, peu importants sont les travaux des Allemands comparativement à ceux des Français, des Anglais, des Italiens et d'autres peuples encore. Il en est de même pour les psychoses fonctionnelles. Je recommande particulièrement la lecture du chapitre sur la « folie maniaque dépressive » et sur la démence précoce. On y verra un historique ignoré de bien des auteurs récents, même Français.

Cette partie si intéressante une fois terminée, nous trouvons une série d'études sur chacun des principaux aliénistes allemands : Wilhelm Griesinger, Richard von Krafft-Ebing, Heinrich Schüle, Rudolf Arndt, Theodor Meynert, Theodor Ziehen, Carl Wernicke, Emil Kraepelin. Comme il est naturel, ce dernier est le sujet de l'étude la plus longue et la plus détaillée. S'il m'est permis de le dire, je crois que le défaut principal de Kraepelin et de son école n'a pas été mis complètement en vue par M. Lugaro. Il me semble que Kraepelin ne s'est pas rendu compte que l'étude psychologique de l'aliéné n'est qu'un moyen provisoire, en l'absence de signes somatiques décelables et ne peut servir à établir une « nosographie ». Il n'y a pas de « maladies » mentales tant que nous ne connaissons pas l'étiologie et l'anatomie pathologique. Et même la paralysie générale, pas plus que la syphilis cérébrale, n'est une « maladie », c'est la syphilis qui est une maladie. La médecine mentale est une branche de la médecine. Kraepelin a oublié qu'il y a une pathologie générale.

Après l'étude sur Kraepelin, nous trouvons un examen des conceptions de Freud et de son école, dont un des plus exagérés disciples est Bleuler. Je ne résiste pas au plaisir de citer un joli cas montrant bien les extravagances auxquelles peut mener le freudisme et que rapporte tout au long le professeur Lugaro. Un enfant de cinq ans avait peur des chevaux. Le père, un médecin, disciple de Freud, le soumet pendant trois mois (!) à une analyse approfondie et communique le résultat à son maître Freud : l'enfant est effrayé par le gros pénis des chevaux et il croit que sa mère, parce qu'elle est très grande, a aussi un gros pénis. Mais la vérité était plus simple : l'enfant avait peur des chevaux depuis qu'il en avait vu tomber un dans la rue. Je n'ai pas besoin d'ajouter que Freud passa un mauvais quart d'heure avec notre auteur italien. Celui-ci insiste aussi avec beaucoup de raison sur le développement inouï des livres sur les perversions sexuelles, surtout la pédérastie. Cela s'accompagne de la diffusion de l'érotisme le plus répugnant en Allemagne : nous n'avons pas oublié les scandales de Berlin.

Alfred Adler, fondateur de la « psychologie individuelle », est mis ensuite sur la sellette, ainsi que W. Specht, H. Münsterberg et la « pathopsychologie » qui reprennent les vieilleseries de la « vieille psychiatrie aliéniste ».

Si je suis d'accord avec M. Lugaro sur beaucoup de ses critiques, si je n'admets pas plus que lui l'hégémonie de la

psychiatrie allemande, on me permettra d'avouer que je ne suis pas aussi sévère que lui en ce qui touche à la science seule. Tout de même, les Allemands ont apporté leur pierre à l'édifice de la médecine mentale: il y a des points exacts, même chez Freud, je ne dis pas chez ses élèves qui exagèrent comme toujours les défauts du maître. Les travaux de Freud sur la plaisanterie, sur le rêve, renferment des analyses fines et des vues ingénieuses, et j'ai eu dernièrement l'occasion de soigner (avec plus de discrétion que lui) un cas où le refoulement érotique était bien la cause des manifestations morbides. Je crois que je ne suis pas suspect en parlant ainsi, car avant la guerre, j'ai critiqué assez sévèrement la médecine mentale allemande. D'ailleurs, certains auteurs germaniques, tel Jaspers, confessent que les aliénistes français ont toujours été les initiateurs de la médecine mentale allemande.

La partie du volume qui traite des questions générales d'anatomie et de physiologie du système nerveux n'est pas de ma compétence. Je me suis laissé dire par un ami versé en ces matières, que M. Lugaro aurait un peu trop méconnu les mérites des anatomistes et histologistes allemands.

Enfin, viennent les deux derniers chapitres sur les raisons de l'impérialisme allemand dans la science et sur la lutte d'idéalisme qui représente la guerre actuelle. Comme le dit si justement notre auteur, le seul moyen actuel de discussion avec les Allemands est le canon.

Nous aussi, en France, nous avons exagéré avant la guerre et nous diminuons outre mesure depuis, à mon avis, les mérites de la science allemande. Après tout, ceci est bien naturel: il est difficile de continuer à admirer quelqu'un qui cherche à vous étrangler. Mais il serait peut-être utile de se demander pourquoi un certain nombre d'entre nous étaient tellement inféodés à la « psychiatrie » allemande. Je crois que cela tient à plusieurs causes: d'abord la mode qui joue son rôle même en science; la méconnaissance de l'histoire de la médecine mentale française; le fait que beaucoup de jeunes aliénistes n'ont pu recueillir les traditions oralement perpétuées de nos grands ancêtres; enfin, l'augmentation énorme des aliénistes, parfois improvisés. La lutte pour l'existence psychiatrique devient de plus en plus dure; il faut produire, publier du nouveau; il est si commode et si rapide de prendre des étiquettes toutes faites avec le prestige des noms étrangers écrits dessus et de s'en servir pour décorer une vieille marchandise!

On m'excusera de mêler ainsi des vues personnelles à celles de M. Lugaro. Cela tient à ce que ce livre excite à la réflexion et à l'examen de conscience. N'est-ce pas tout à l'honneur de M. Lugaro ? J'espère donc que ceux d'entre nous qui savent l'italien liront ce livre avec tout l'intérêt qu'il a éveillé en moi et profiteront de tout le labeur que notre éminent confrère a condensé dans ces pages.

PH. CHASLIN.

---

*Troubles mentaux de la guerre*, par le Dr Jean Lépine, professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Lyon. 1 vol. in-16 de la *Collection Horizon*, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1917.

La création de centres neuro-psychiatriques, placés sous la direction médicale de compétences incontestées, permet de soumettre à un traitement méthodique et d'étudier avec suite les troubles mentaux causés par la guerre. De ces milieux scientifiques disséminés sur le territoire sont déjà sortis, et sortent tous les jours, des travaux d'un très grand intérêt : observations prises avec soin, mémoires originaux publiés dans les recueils de médecine ou présentés dans les sociétés scientifiques, rapports médico-légaux. Cette riche documentation devait être utilisée pour un travail d'ensemble, une sorte de synthèse, permettant à ceux qui sont à l'arrière de connaître les efforts faits par leurs collègues mobilisés pour étudier et préciser les manifestations mentales pathologiques que la guerre a créées et celles qu'elle a seulement révélées ou modifiées.

Ce travail d'ensemble, on le doit au Dr Jean Lépine, le distingué professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Lyon. Notre savant collègue se défend d'avoir fait un « traité de psychiatrie, même de guerre » ; car, comme il le dit avec raison, « pas plus que l'histoire des événements militaires, celle des faits médicaux contemporains ne peut s'écrire maintenant, surtout lorsqu'il s'agit de phénomènes aussi délicats dans leur mécanisme que les troubles cérébraux, aussi complexes dans leur origine, aussi variables dans leur évolution et leur durée ».

Quoi qu'il en soit, à l'aide des documents nombreux déjà publiés, grâce à sa propre observation, le professeur Jean Lépine nous a donné un *Précis* excellent, qui se caractérise par

une parfaite clarté d'exposition, un sens clinique très aiguë, une érudition très étendue, et ce qui mérite particulièrement d'être signalé, une connaissance approfondie de notre médecine mentale française.

L'ouvrage se divise en deux parties : la première consacrée à la clinique ; la seconde aux applications pratiques.

Dans la partie clinique sont d'abord étudiés les troubles mentaux aigus qui sont les plus nombreux. Ces troubles, M. Jean Lépine les réunit en quatre groupes principaux qui sont les suivants :

Les *confusions mentales*, états qui correspondent à un obscurcissement sensible de l'intelligence générale ;

Les *états dépressifs*, où l'intelligence est moins en cause que l'affectivité, et qui sont des états de souffrance douloureuse ;

Les *états neurasthéniques*, qui participent des deux groupes précédents, sont moins graves, mais parfois plus tenaces ;

Les *états commotionnels et leurs suites*, groupe disparate, dont l'autonomie est justifiée par l'étiologie spéciale, par leur fréquence et la gravité de certaines de leurs conséquences.

Puis viennent, à la suite, d'autres groupements symptomatiques moins importants, comme l'*excitation cérébrale*, la *manie*, les *encéphalites*, les *méningo-encéphalites aiguës*, etc.

Quant aux troubles mentaux chroniques, étudiés dans le chapitre suivant, ils ont un intérêt bien différent de celui des troubles aigus, d'autant plus qu'ils sont, dans la majorité des cas, antérieurs à la guerre. Les troubles chroniques observés le plus souvent sont, d'après M. Jean Lépine, la confusion mentale chronique, la débilité mentale, les délires de persécution, la paralysie générale, les démences artérielles et organiques diverses.

Outre ces troubles mentaux aigus et chroniques, ont été observés ce que l'auteur appelle dans son chapitre troisième les cas spéciaux, dans lesquels les troubles mentaux ne sont qu'une partie du tableau clinique qui est dominé par des phénomènes d'ordre neurologique plus importants. M. Jean Lépine range dans cette catégorie les lésions cérébrales traumatiques, les troubles mentaux dans les maladies du système nerveux (tumeurs cérébrales, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, tabes, pachyméningite hémorragique) ; puis l'épilepsie, l'hystérie, la psychasthénie, les déséquilibres. Enfin, un paragraphe spécial est consacré aux indigènes des colonies.

Tous ces chapitres sont d'une lecture attachante ; les troubles

mentaux y sont décrits avec le plus grand soin. M. Jean Lépine, qui est un observateur sagace et un écrivain de talent, sait reproduire exactement ce qu'il a vu.

La seconde partie de l'ouvrage, avons-nous dit, est consacrée à l'étude des applications pratiques et, en particulier, à la médecine légale judiciaire. L'auteur passe en revue tous les cas qui peuvent être soumis à la sagacité du médecin légiste, depuis les simulateurs et les aliénés méconnus jusqu'aux simples délits et aux crimes. Il nous dépeint ensuite quelques types spéciaux qui se présentent fréquemment, tels que ceux qui réclament, ceux qui s'accusent, ceux qui ont l'air de se moquer de vous, ceux qui ont le cafard, etc., et ils nous donne les caractéristiques de chacun d'eux.

Le dernier chapitre traite des solutions militaires; il y est question des renvois au corps, des congés de convalescence, des réformes n° 1 et n° 2, etc. L'auteur a tenu à donner tous les renseignements qui peuvent intéresser ses confrères mobilisés, et il l'a fait avec cette clarté, cette connaissance des sujets traités, qui sont les caractéristiques de son talent.

Nous avons lu son livre avec le plus vif intérêt et un très grand profit; il est l'œuvre d'un excellent Français: on n'y trouve rien de ce lourd pédantisme, de cette nuageuse psychologie d'importation allemande; tout, au contraire, y est bien de notre terroir, de notre vieille et féconde clinique française.

Notre savant confrère est un ardent patriote; il ne croit pas, et avec raison, à la décadence de notre pays, que nos ennemis se sont acharnés à annoncer sur tous les tons, et il nous le dit dans les conclusions de son livre, dont nous nous faisons un plaisir, en terminant cet article bibliographique, de reproduire les passages suivants:

« La France, écrit M. Jean Lépine, que les gens d'outre-Rhin affectaient de croire dégénérée, qui semblait avoir oublié ses vertus guerrières, et qui avait cessé en tous cas d'être sobre, la France saisie comme en plein rêve par le cataclysme de la guerre, a maîtrisé ses nerfs et tendu son énergie. Ses troupes insuffisamment préparées, soumises à des efforts qui dépassent l'imagination humaine, se sont adaptées, non à la lutte égoïste pour l'existence, mais au sacrifice quotidiennement consenti, à la lutte pour le pays et pour la race, au milieu de la mort. Dans l'ensemble, leur santé n'a pas fléchi. Leur système nerveux ne porte que les marques naturelles de la lutte. Il n'y a eu, ni dans l'enfer de Verdun, ni dans les autres, d'épidémie



mentale quelconque, ni par la crainte, ni par l'horreur. Rien chez nous ne rappelle les grandes folies publiques du Moyen âge, et s'il y a des psychoses de guerre, c'est que les psychoses ne sont pas uniquement des maladies de l'esprit... »

ANT. RITTI.

*Le Courage*, par les D<sup>rs</sup> Louis Huot et Paul Voivenel. Préface d'Eugène Étienne, ancien ministre de la Guerre, 1 vol. in-16; Paris, Félix Alcan, 1917.

Des deux auteurs de cet intéressant ouvrage, l'un, M. le D<sup>r</sup> Voivenel, est bien connu des lecteurs des *Annales*, auxquelles il a donné de nombreux articles et, en particulier, des chroniques spirituelles et pleines de substance. Quant à M. le D<sup>r</sup> Huot, médecin principal des troupes coloniales, il est un colonial passionné et un écrivain délicat à qui l'on doit déjà un livre sur Madagascar, intitulé *Vasanga*; il publiera prochainement *La Goule noire*, curieux ouvrage de psychologie exotique.

En écrivant leur livre sur le *Courage*, nos deux confrères connaissaient bien ce dont ils parlaient; ils avaient pu observer sur le front, depuis le début de la guerre, les qualités françaises de nos soldats: « le courage ardent, l'héroïsme superbe dont on voulait bien à la rigueur ne pas douter, mais, en outre, l'énergie tenace qu'on déniait à notre race vive, spirituelle et — disait-on, — changeante ». De ce genre de courage, fait d'ardeur et d'héroïsme, les D<sup>rs</sup> Huot et Voivenel nous donnent le plus magnifique exemple; la meilleure preuve en est dans les nombreuses et brillantes citations qu'ils ont obtenues, dans les belles distinctions qui leur ont été décernées.

Mais ce qui n'est pas moins admirable, c'est d'avoir pu philosopher, se livrer à un travail intellectuel régulier et suivi à deux pas des lignes ennemies, en quelque sorte sous le feu des canons allemands. Cette énergie, cette constance méritent, elles aussi, d'être louées; aussi nous faisons-nous un plaisir et un devoir d'adresser nos bien vives félicitations aux auteurs de ce beau livre sur le *Courage* qui, pour avoir été écrit sur le front, au milieu de difficultés sans nombre, n'en est pas moins une œuvre complète et vivante, pleine de science et de pittoresque, à la lecture de laquelle on ne peut s'arracher une fois qu'on l'a commencée.

L'ouvrage est divisé en trois livres. Dans le premier, qui a

pour titre : « La guerre est naturelle comme le courage », il n'y a qu'un chapitre où les auteurs, après avoir rapidement passé en revue les idées que théologiens, philosophes et politiques ont exposées, sur la nécessité de la guerre ou sur la possibilité de sa suppression, arrivent à cette conclusion qui semble malheureusement être la vraie jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire que la « guerre a été, est et sera ». Et de fait, malgré tous les efforts des publicistes, des penseurs, même de certains chefs d'État, qui, depuis les grandes guerres du Premier Empire, ont travaillé pour combattre ce fléau, ou du moins pour l'atténuer, la guerre n'a cessé de ravager notre globe. Des esprits nobles et d'une rare élévation ont essayé d'humaniser la guerre, des conventions internationales ont été signées, à cet effet ; une race s'est trouvée, qui a piétiné ces conventions et se livre, depuis plus de trois ans, aux plus honteux excès, qui dépassent tout ce que l'histoire a pu enregistrer jusqu'ici.

Le deuxième livre est consacré à la biologie du courage. Le courage n'existe pas chez les animaux, assurent nos auteurs dans le premier chapitre de ce livre, et cette assertion paraît juste du moment que le vrai courage est, suivant eux, « celui qui accepte le sacrifice de l'individu à l'idéal ». Le chapitre II étudie le courage dans sa psychogénie humaine ; il est tout entier de la plume du Dr Huot et constitue une analyse très fine et des plus suggestives du courage chez les peuples primitifs de l'Afrique. Que de belles pages il y aurait à citer sur l'héroïsme des Sénégalais ! Et comme on sent que notre distingué confrère de l'armée coloniale a étudié avec passion la psychologie de ceux qu'il appelle « nos frères noirs » !

Avec le troisième livre, nous abordons l'étude de la psychologie du courage. Aristote nous enseigne, en sa *Morale à Nicomaque*, que toute vertu consiste essentiellement dans un juste milieu entre deux extrêmes opposés, l'un par excès, l'autre par défaut ; le courage se trouve être nécessairement le vrai milieu, entre la crainte et l'audace. Nos auteurs semblent s'être inspirés de ces principes du philosophe de Stagire, puisqu'ils commencent ce livre sur la psychologie du courage par une analyse de la peur. Pour eux, la peur est une manifestation psychologique, en quelque sorte normale, de l'instinct de la conservation. Vaincre cet instinct égoïste à l'aide d'un instinct plus noble, constitue le courage. D'où la définition de cette vertu : « Le triomphe de l'instinct de conservation social sur l'instinct de conservation individuel. »

A l'extrême opposé se trouve, suivant Aristote, l'audace ou la témérité. Si la peur existe, la témérité, elle aussi, a dû s'observer fréquemment, durant ces longues années de guerre, et cela même d'une façon pathologique. N'a-t-on pas vu des paralytiques généraux, soit au début de leur affection, soit pendant la période d'exaltation, se livrer à des actes d'une rare audace et plus que téméraires ?

Il nous est impossible, dans un simple article bibliographique, de suivre nos deux auteurs dans tous les méandres de leur fine analyse du courage, d'étudier avec eux l'anatomie de cette vertu, l'influence qu'ont l'habitude et l'expérience pour la développer et la consolider, etc., etc. Il y a là une série de chapitres qui sont tous d'un intérêt capital. Nous signalerons spécialement celui sur la *Bataille*, où ils nous montrent, ainsi qu'il suit, l'état de l'énergie cérébrale avant, pendant et après l'attaque.

« 1° Immédiatement *avant* l'assaut, l'énergie potentielle neuro-cérébrale se met en tension. La pression énergétique augmente. Il y a des phénomènes de tumescence.

« 2° *Pendant* le combat, tout ce potentiel s'écoule. C'est la détumescence. Il y a ce que Dupuytren appelait si joliment « hémorragie de la sensibilité ».

3° *Après*, c'est l'épuisement, épuisement nerveux. Des officiers, qu'une période de repos a « retapé » physiquement, disent : « Je suis redevenu solide ; mais moralement, ce n'est pas encore ça, mon esprit offensif n'est pas revenu. »

Après une étude développée de ces différentes phases, de la bataille où abondent des exemples bien choisis, MM. Huot et Voivenel ont raison de conclure ce très instructif chapitre par les réflexions suivantes dont tout le monde comprendra la justesse et saura tirer profit.

« Tout ceci nous fait comprendre avec quelle prudence celui qui n'a fait la guerre, que dans son fauteuil devrait parler du soldat.

« Le guerrier n'est pas un être de légende. C'est un homme. Pour lui, comme pour les autres, si le système nerveux fait sa force, il fait aussi sa faiblesse, à cause de sa délicatesse même. C'est là son péché originel.

« Les journalistes ou politiciens qui, au début, ont critiqué des troupes qui s'étaient prodiguées, en août 1914, jusqu'à la limite de leur énergie nerveuse, se sont conduits — sinon en mauvais Français — du moins en détestables psychologues. »

Le livre des D<sup>rs</sup> Louis Huot et Paul Voivenel, dont je ne saurais dire assez de bien, a eu déjà et aura encore de nombreux lecteurs. M. Eugène Étienne, dans une courte préface qu'il a écrite pour lui, en fait le plus bel éloge, lorsqu'il nous dit que « la culture de l'idéal, produit des civilisations les plus raffinées », dont se sont inspirés les auteurs, « fait de leur livre un *livre de morale* que je voudrais voir dans les mains de nos écoliers ». Nous ne saurions mieux terminer ce compte rendu, trop court à notre gré, que par cette appréciation d'un ancien ministre de la Guerre.

ANT. RITTI.

*Psykiatrisk-Neurologiske Undersøgelsesmetoder* (Méthode d'examen psychiatrique et neurologique), par le D<sup>r</sup> Aug. Wimmer, directeur du « Saint-Hans Hospital », 1 vol. in-16. Copenhague, G. E. C. Gads, 1917.

M. le D<sup>r</sup> Aug. Wimmer aurait pu donner pour épigraphe à son petit volume l'adage latin : *Multa paucis*. En une centaine de pages, il a su nous donner, en effet, un tableau aussi exact que possible de méthodes d'examen usitées en médecine mentale et nerveuse.

L'ouvrage se divise en trois parties. La première est consacrée aux renseignements anamnestiques ; on y trouve indiqués les divers antécédents héréditaires et personnels qu'il est indispensable de se procurer. Puis, ce qui fait l'objet de la deuxième partie, l'auteur passe à l'aspect extérieur du malade dont l'examen nous fournit un premier élément de diagnostic : les états de dépression, d'anxiété, de stupeur, de catatonie, d'excitation maniaque ne se peignent-ils pas, en quelque sorte, dans la manière d'être du malade ? Passant à l'interrogatoire de l'aliéné, M. Wimmer nous donne une sorte de schéma des questions qu'on devra lui poser ; il insiste sur l'emploi des tests divers qui permettent de bien établir son degré d'attention, sa puissance d'association des idées, etc. En reproduisant par écrit et textuellement les réponses du malade, on obtient une reproduction, pour ainsi dire objective, de l'état mental qui fournit une base solide pour le diagnostic. Ajoutez enfin aux éléments précédents l'étude des troubles de l'idéation, de la mémoire ; celle surtout des conceptions délirantes, des illusions, des hallucinations, et vous aurez parcouru tout le cycle — ou peu s'en faut — des symptômes psychiques de l'aliénation mentale.

- Dans une troisième partie, l'auteur décrit les symptômes somatiques, qui sont tous analysés avec le plus grand soin, qu'il s'agisse des organes des sens, de la sensibilité générale, des réflexes, des états convulsifs, etc., etc.

Ce petit manuel paraît aussi complet que possible. Destiné surtout aux étudiants, il ne peut manquer de rendre de grands services, même aux médecins qui, se trouvant dans leur clientèle en présence d'un malade atteint de troubles mentaux ou nerveux, auront besoin de se remémorer ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'Université et dans les cliniques spéciales. A ces divers titres, le petit volume de notre savant confrère est destiné à rendre de réels services.

ANT. RITTI.

*Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée.*

*Peut-on utiliser les imbéciles?* par le Dr Lautier. Thèse de la Faculté de Paris, 1916. Téqui et Guillonnet, éditeurs.

L'auteur a puisé, dans le service de M. Colin, une ample provision de faits qui démontrent que si le nombre des imbéciles incorporés est loin d'être négligeable, leur présence dans l'armée est inutile et parfois dangereuse.

Après avoir cherché une définition de l'imbécillité, l'auteur avoue qu'il n'en a pas trouvé et se résout à prendre ce terme dans son sens ordinaire, avec toute son imprécision ; mais il reconnaît que l'accord se fait, en général, en présence des individus sur le degré d'arriération qui constitue l'imbécillité.

Le Dr Lautier explique pourquoi les imbéciles sont souvent incorporés : parce qu'il est difficile de dire, à première vue, s'il s'agit d'un homme utilisable à l'armée ou non. Peut-être même rejette-t-il de façon trop absolue la formule du professeur Simonin : « l'essai loyal du service armé et du service auxiliaire ». Car il faut bien avouer qu'on est parfois surpris de la durée relativement longue du service qu'ont pu fournir certains débilés avant d'être envoyés à l'hôpital. Comme le dit l'auteur, l'élimination de ces incapables doit se faire grâce à une collaboration des chefs et des médecins qui permet d'écarter de la zone des armées — et même des premières lignes, comme on l'a vu quelquefois — des hommes dont les réactions peuvent avoir de très graves conséquences.

Ce sera la seule façon de concilier tous les intérêts en présence.

L'auteur donne dix observations bien choisies, qui représentent les principaux aspects des imbéciles, au point de vue militaire et montrent leurs différentes formes d'inadaptabilité : abandon de poste, meurtre, ordres ambitieux, antipatriotisme, maladresse dans le tir, incompréhension des ordres, tentatives de suicide.

L'auteur rappelle ensuite les éléments du diagnostic d'imbécillité parmi lesquels le meilleur nous semble toujours être l'observation clinique un peu longue. Il dit également qu'il faut se mettre en garde contre les simulations possibles.

P. BONHOMME.

---

*Discours de l'honorable Carl S. Vrooman, sous-secrétaire d'État au département de l'Agriculture des États-Unis, prononcé le 1<sup>er</sup> juin 1917 devant l'Association médico-psychologique américaine. Brochure in-8° de 11 pages.*

Le but de cette éloquente et patriotique harangue est de stimuler le zèle de tous en faveur de la grande cause que le pays a embrassée. Actuellement, il n'a pas encore entièrement pris conscience de ses devoirs, sans quoi la souscription pour les Bons de la Liberté eût été couverte quatre fois déjà, le recrutement de l'armée serait depuis longtemps achevé, et les fermiers eussent livré à la culture intensive le moindre coin de terre en friche. L'alimentation du monde est entre les mains des États-Unis; la famine, plus terrible que la mitraille et les obus, est l'ennemie des Alliés autant que des Germains. Il faut, non seulement assurer la subsistance actuelle des premiers, mais encore préparer leur ravitaillement d'après-guerre, et en même temps celui des Puissances centrales qui, sans cela, risqueraient de mourir de faim. Il faut se restreindre et travailler à l'œuvre commune. Pas de spéculations ni d'accaparements; pas de gaspillages non plus. Et, à ce propos, l'orateur donne aimablement aux femmes américaines, trop enclines à la profusion, l'exemple de la ménagère française qui est une artiste en son genre et qui semble avoir pour devise : rien de trop. « Nous sommes entrés dans cette croisade, dit-il encore, les mains aussi nettes, les cœurs aussi purs que les chevaliers partant à la découverte du Saint Graal; que chacun comprenne et fasse son devoir, et notre pays ne tardera pas à remporter une victoire décisive. »

A. CULLERRE.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Seventeenth annual report of the State Board of insanity of the Commonwealth of Massachusetts for the year ending november 30, 1915. 1 vol. in-8°, cartonné à l'anglaise, de 383 pages. Boston, 1916.

DUBUISSON. Rapport médico-administratif de l'asile de Braqueville-Toulouse pour l'année 1915. 35 pages in-8°. Toulouse, imprimerie Douladoure, 1916.

EDWARD COWLES. The laboratories of Mc Lean hospital for research in pathological psychology and biochemistry. 19 pages in-8°. Extrait de *The institutional case of the insane in the United States and Canada*. Vol. II, s. l. n. d.

F. L. WELLS. Watson of the conditiones reflex. Jung's psychology of the unconscious : Hinkle. 12 pages in-8°. Extrait du *Psychiatric Bulletin*, juillet 1916.

— Von Bechterew and Uebertragung. 3 pages in-8°. Extrait de *The Journal of Philosophy, Psychology and scientific Methode*, juin 1916.

Pennsylvania Hospital. Annual report of the department at West Philadelphia, for the year ending second month twenty-ninth nineteen hundred and sixteen. 33 pages in-8° avec planches. Philadelphia, Penna, 1916.

A. PARIS. Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport médical pour l'année 1914. 46 pages in-8°. Nancy, Berger-Levrault, 1916.

— Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport médical pour l'année 1915. 18 pages in-8°. Nancy, Berger-Levrault, 1916.

E. STANLEY ABBOT. The biological point of view in psychology and psychiatry. 12 pages in-8°. Extrait de *The Psychological Review*, mars 1916.

— Preventable forms of mental disease and how to prevent them. 28 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, avril 1915.

F. L. WELLS. Review of termans « Measurement of intelligence ». 6 pages in-8°. Extrait de *School and Society*, août 1916.

PAUL SÉRIEUX et LUCIEN LIBERT. L'assistance et le traitement des maladies mentales au temps de Louis XVI. Instruction imprimée par ordre et aux frais du Gouvernement sur la manière de gouverner et de traiter les insensés. 15 pages in-8°. Extrait de la *Chronique médicale*, juillet et août 1915.

J. L. VAN LIER. De seniele paranoia. Proefschrift ter verkrijging van den graad van doctor in de geneeskunde aan de rijksuniversiteit te Leiden. 154 pages in-8°. Amsterdam, H. G. van Dorsen, 1916.

L. VERNON BRIGGS. Problems with the insane. 9 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of suranity*. October 1913.

ANDRÉ GILLES. Notations de bataille (Champagne, septembre 1916). *Revue de Paris*, numéro du 1<sup>er</sup> février 1917.

A. DEVAUX et J.-B. LOGRE. Les anxieux. Etude clinique. Préface du D<sup>r</sup> Dupré. 1 vol. in-8° de 304 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1917.

Reports of the Trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the Corporation at its seventy-third annual meeting. January 24, 1917. Providence, R. I. 59 pages in-8°. Providence, 1916.

PAUL SÉRIEUX et LUCIEN LIBERT. Le régime des aliénés en France au XVIII<sup>e</sup> siècle, d'après des documents inédits. 151 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1914.

AUGUSTE LUMIÈRE. Sur les tétanos post-sériques. 190 pages in-4°. Extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1917.

PAUL VOIVENEL. A propos de Sacher-Masoch. Les Allemands et le marquis de Sade. 14 pages in-8°. Extrait du *Progrès médical*, 6 janvier et 17 février 1917.

CHARLES H. NORTH. Seventeenth annual report of the medical superintendent of the Dannemora State hospital (Dannemora, N. Y.) for the fiscal year ended June 30, 1916. 22 pages in-8°. Sing-sing Prison Orsianig, N. Y. s. d.

L. BÉRILLON. La Psychologie de la race allemande d'après ses caractères objectifs et spécifiques. 64 pages in-8°. Paris, A. Maloine et fils, 1917.

GIUSEPPE ANTONINI. La Psichiatria e la Guerra. Discorso pronunciato il 28 marzo 1917, nelle Salone della Federazione tra le Società scientifiche in Milano per invito della Società nazionale Dante Alighieri, comitato di Milano. 29 pages in-8°. Milano, Tipographia Antonio Cordani, 1917.

— Relazione all' onorevole deputazione provinciale di Milano sul primo anuo d'esercizio del reparto ospedale militare di riserva di Mombello. 37 pages in-4° avec planches. Busto Arrigio, 1917.

— La questione della epurazione dall' esercito dei criminali anomali ed indisciplinati. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e medicina legale*, 1917. Fasc. I.

Third annual report of the general Board of Control for Scotland. 39 pages in-8°. Edinburgh, 1917.



---

# VARIÉTÉS

---

## LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

*Légion d'honneur.* — Par décret en date du 3 janvier 1918, M. le D<sup>r</sup> VALLON (Antoine-Charles), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe (territoriale) à l'hôpital du Val-de-Grâce, est promu officier de la Légion d'honneur.

*Citation.* — Nous sommes heureux d'enregistrer une nouvelle citation, obtenue par un des fils de notre dévoué collaborateur, le D<sup>r</sup> A. Adam, médecin directeur de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain), M. Emile ADAM, sous-aide-major au 1<sup>er</sup> bataillon du 14<sup>e</sup> d'infanterie. Cette citation à l'ordre de la brigade est ainsi conçue :

« Jeune médecin d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve. Pendant une période critique, alors que l'effectif médical était réduit de moitié, a assuré de façon parfaite son service, pansant et évacuant de nombreux blessés à 200 mètres de la ligne de feu. Par son énergie, a maintenu le moral des hommes soumis par les conditions atmosphériques à la plus dure des épreuves. S'est déjà fait remarquer antérieurement. Déjà cité. »

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

M. le D<sup>r</sup> L. WAHL, médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche), est nommé médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Maurier, décédé.

## CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIMUM

*Fumerie d'opium.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 25 décembre 1917) :

M. Tanguy a fait hier soir une descente 3, villa Michon, rue Boissière, chez M<sup>me</sup> Estelle, vingt-huit ans. Le chef adjoint de la Sûreté a trouvé cette dernière en train de se livrer à la griserie de l'opium en compagnie du vicomte Amable de V... Il a

dû faire enfoncer la porte, mais pipes, opium, lampe et tous autres accessoires avaient été, dans un drap, lancés par la fenêtre dans la cour. Procès-verbal a été dressé.

*Arrestation de trafiquants de stupéfiants.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 27 janvier 1918) :

Un individu se présentait, hier après-midi, dans une pharmacie du quartier Notre-Dame-des-Champs, muni de plusieurs ordonnances comportant des stupéfiants, signées de médecins connus. Le pharmacien eut des doutes. Informée, la police n'eut pas de peine à établir que les signatures étaient fausses. Conduit au commissariat du quartier Notre-Dame-des-Champs, le détenteur des fausses ordonnances a déclaré se nommer Léon Marrau, demeurant 12, rue Montebello, à Versailles. On l'a envoyé au Dépôt.

*Devant les tribunaux.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 5 janvier 1918) :

Le tribunal correctionnel a condamné, après plaidoirie de M<sup>e</sup> Pinganaud, à un mois de prison et 3.000 francs d'amende, un pharmacien, M. Paul Touillet, de Tours, qui avait vendu 3.000 ampoules de morphine à une dame Séverine Zozitowieck, dite princesse Sonia.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

*Homicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 4 décembre 1917) :

A l'hôpital militaire installé à l'évêché de Limoges, un malade, Hippolyte Puyade, arrivé depuis deux jours, a tué, de quatre coups de revolver, le sergent infirmier Pujol, vicaire à Sarlat, et a blessé un autre infirmier. Le meurtrier donnait des signes de dérangement cérébral.

*Tentative d'incendie.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du vendredi 7 décembre 1917) :

M<sup>me</sup> Laure Laurent, quarante-six ans, artiste lyrique, habitait, depuis le début de la guerre, chez une de ses amies, M<sup>me</sup> veuve Floret, 41, rue de l'Exposition. Hier matin, prise d'un accès de démence alors qu'elle se trouvait seule, elle ouvrit les armoires et, s'emparant de tout ce qui lui tombait sous la main, fit dans la cheminée un feu de joie. M<sup>me</sup> Floret, rentrant à ce moment, n'eut que le temps de se saisir de la folle, qui allait certainement mettre le feu à l'appartement. Elle a été conduite dans une maison de santé. Son état est grave.

*Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du samedi 8 décembre 1917) :

Cours de Vincennes, un fou, devenu subitement furieux, porte un coup de barre de fer à M<sup>me</sup> Andrée Laloy, 12, rue de

la Voûte, qui a le crâne fendu. Dans le coma à Saint-Antoine. Le dément est arrêté.

*Coups et blessures.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du 15 décembre 1917) :

Clotilde Barbier, demeurant 31, rue Basfroï, déclarait voir sortir des flammes de la bouche de tous les passants. « Ce sont des démons qui ont juré ma perte; j'en suis entourée partout », et, pour chasser ces démons, la démente attaquait tout le monde. M<sup>me</sup> Rose Lompier, demeurant rue Basfroï, a été blessée dans ces conditions par la folle qu'on a dû arrêter.

*Uxoricide et suicide.* — On lit dans *La Dépêche du Berry* (numéro du samedi 29 décembre 1917) :

Au hameau de la Chaume-Blanche, commune de Menetou-Couture, le nommé Lagontte (Louis), âgé de soixante et onze ans, a tué sa femme et s'est jeté dans un puits d'une profondeur de 20 mètres.

C'est une voisine qui a découvert le crime. Le cadavre de la femme Lagontte baignait dans une mare de sang. La malheureuse portait à la tête la trace de coups violents. Elle a été tuée dans l'immeuble qu'elle habitait avec son mari.

Depuis quelque temps, Lagontte donnait des signes d'aliénation mentale, et le D<sup>r</sup> Faucher, de Pougues-les-Eaux, avait signalé le danger qu'il y avait à laisser cet homme en liberté. C'est d'ailleurs sur les instances de sa femme qu'il n'a pas été interné.

Malgré la mort tragique des époux Lagontte, une enquête a été ouverte.

*Double homicide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 6 janvier 1918) :

A Marcillat (Puy-de-Dôme), le nommé Laniray, âgé de quarante-six ans, profitant de l'absence de sa femme, a, dans un accès de folie subite, tué à coups de fusil son fils, âgé de douze ans, et sa fille, âgée de seize ans; il s'est suicidé ensuite.

*Aliénée qui perd ou tue son enfant.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du lundi 28 janvier 1918) :

Jeudi soir, M. Labrunie, médecin-major, demeurant 21, rue de Fleurus, est venu déclarer au commissariat de police Notre-Dame-des-Champs que sa femme, trente ans, atteinte d'aliénation mentale, avait quitté son domicile mercredi avec son enfant, un petit garçon de neuf ans, et qu'elle était rentrée jeudi soir seule. Questionnée par son mari, elle déclara tout d'abord qu'elle avait perdu l'enfant, mais, pressée de questions, elle changea de thèse et prétendit l'avoir jeté dans la Seine du haut d'un ponton, près du pont des Arts, entre 8 et 9 heures, mercredi soir.

On ne sait encore laquelle de ces deux versions est la bonne.

Un fait subsiste : c'est que l'enfant n'a plus été revu depuis lors.

L'enfant, qui a 1<sup>m</sup>25 et a des cheveux châtain, était vêtu d'un pardessus marine à boutons d'or, coiffé d'un béret marin et chaussé de bottines et de guêtres jaunes.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.*

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *Étude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1915 et 1916, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Il n'y aura pas de distribution de prix avant la fin de la guerre, sauf pour le prix Christian. La date du dépôt des mémoires sera indiquée ultérieurement.

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Être de nationalité française;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes;

3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie

## LES GRANDS INQUIETS

CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE DES GRANDS HOMMES

PAR LES DOCTEURS

**DESWARTE** et **Marguerite JANNIN**

Médecin en chef, Médecin adjoint par intérim,  
à l'asile de Maréville.

*Suite (1).*

### II. — PASCAL

Il a toujours paru curieux à la moyenne des hommes d'étudier dans son détail la vie des hommes supérieurs, car si étonnés et si pleins d'admiration que nous soyons devant les manifestations du génie, c'est bien plutôt le côté humain des grands hommes et l'envers de leur condition par lesquels ils se montrent semblables à nous qui ont éveillé de tout temps notre curiosité et entraîné notre sympathie.

(1) Voir les *Annales* de mars 1918.

C'est, en effet, un sentiment naturel à tous les hommes de se sentir éloignés des êtres dont ils se sentent très différents, et le génie, par ce qu'il a de mystérieux et d'incompréhensible, ressemble en quelque sorte à ces productions monstrueuses de la nature dont l'énormité nous étonne au moins autant qu'elle vient exciter notre admiration.

Au contraire, que tant de grandeur si bien faite pour nous surprendre, puisse être alliée à tant d'infirmité et que cette grandeur ait eu pour rançon des tourments infinis, alors le côté inquiétant du génie un peu énigmatique à notre nature disparaît, et le grand homme avec ses faiblesses, ses misères morales et physiques plus grandes encore que les nôtres et exprimées avec le langage de son génie est reconnu par nous comme un homme vraiment homme, bien pareil à nous-même et nous nous sentons fiers qu'à lui puisse convenir notre pitié.

Car quelque grands qu'aient pu être les génies qu'honore l'humanité, aucun d'eux cependant n'a pu découvrir encore le mystère qui reste posé devant nous, toujours aussi obscur que devant les hommes de la première humanité ; l'Œdipe est toujours à naître, qui devinera l'énigme du sphinx. Qui sommes-nous ? D'où venons-nous ? Où allons-nous ? La vie ? La mort ? Mystère d'effroi éternellement caché à nos yeux par la Nature qui ne s'est jamais dévoilée, ou pour parler un autre langage, par le *Deus absconditus* vers lequel inutilement depuis les premiers âges du monde se sont élevées, avec les colonnes des temples des religions innombrables, les lamentations et les prières de la douloureuse humanité.

*Cogito, ergo sum*, avait dit Descartes. Pascal a écrit plus magnifiquement : « L'homme n'est qu'un roseau, le plus faible de la nature, mais c'est un roseau pen-

sant. Toute notre dignité consiste donc en la pensée. »

Mais pour être revêtu de cette dignité, l'homme, le seul des êtres animés qui la possède, en est-il plus heureux ? Non ; cependant il est bien certain qu'aucun de nous ne voudrait s'en voir dépouillé et c'est à juste titre et d'un commun consentement que la folie, la perte de la pensée au moins libre, est considérée comme la plus grande des infortunes.

Quel sera donc l'usage de cette pensée, à la fois l'apanage exclusif et la dignité de l'homme ? Car cette pensée est associée à un corps dont les infirmités sans nombre, qui peuvent aller jusqu'à l'éteindre entièrement, la troublent au moins d'une manière presque constante de façon que, sans cesse partagés entre le sentiment orgueilleux de ce privilège et la souffrance de ne pouvoir en user jusqu'au terme que nous voudrions atteindre, nous retombons enfin à un sentiment d'impuissance douloureusement ressenti.

L'homme, ce composé d'une pensée et d'un corps, est un « monstre incompréhensible » et il y a si loin de l'exercice d'une pensée élevée à l'asservissement à la matière que cette disproportion ne peut se montrer dans une harmonie assez parfaite que chez l'homme d'un niveau moyen. Homme moyen, homme normal, a écrit Lombroso. Et Pascal : « L'extrême esprit est accusé de folie comme l'extrême défaut. Rien que la médiocrité n'est bon. C'est sortir de l'humanité que de sortir du milieu. » Aveu poignant d'une grande âme !

Car pour les médiocres qui ne sortent pas du milieu, il reste au moins une ressource : n'ayant pu guérir la mort, la misère, l'ignorance, les hommes se sont avisés pour se rendre heureux, de ne point y penser.

On se rappelle ici le texte de Bossuet : « On n'entend dans les funérailles que des paroles d'étonnement de ce que ce mortel est mort. Chacun rappelle en son souvenir

depuis quel temps il lui a parlé, et de quoi le défunt l'a entretenu ; et tout d'un coup il est mort. Voilà, dit-on, ce que c'est que l'homme ! Et celui qui le dit, c'est un homme ; et cet homme ne s'applique rien, oublieux de sa destinée. »

Oublier sa destinée, moyen possible à l'esprit médiocre, mais misérable subterfuge impossible à l'homme de génie, sorti de l'humanité parce qu'il est sorti du milieu. Pascal, on vient de le voir, l'a proclamé douloureusement lui-même ; l'homme de génie est placé en dehors du commun des hommes, il est en quelque sorte un « outlaw », un hors la loi ; et en effet, que peut être l'homme de génie qui porte le plus souvent comme la rançon d'une pensée surhumaine, l'association effroyable d'un corps débile, alors que l'homme normal est déjà un monstre incompréhensible, puisqu'il est un composé de matière et d'une pensée immatérielle capable d'atteindre au monde des idées qui est en dehors de l'étendue.

Alors, qu'elle sera misérable la vie du grand homme à la fois meurtri dans sa pensée et dans sa chair puisque sa pensée ne lui servira jamais qu'à rendre sa condition plus incompréhensible, et par là infiniment douloureuse. Encore cette pensée sera-t-il libre de l'entraver, lui sera-t-il possible, à son gré, d'en arrêter le cours ? Nullement. Comme l'œil qui n'est jamais fatigué de voir, ni l'oreille d'entendre, suivant le mot de la Bible, la pensée elle aussi est insatiable, et cette pensée associée à un corps infirme, aiguillée jour et nuit par la douleur qui empêche tout repos, sera toute sa vie pour un homme de génie comme Pascal une source de tortures morales plus pénibles encore que les souffrances physiques : le *mens sana in corpore sano* de l'individu médiocre devient chez l'homme supérieur l'association d'une âme et d'un corps douloureux.



De là chez un Pascal cette agitation incessante de l'esprit, une âme tumultueuse, inquiète, exaspérée par la fatigue et les douleurs physiques stoïquement supportées. Insupportable condition d'une pensée géniale qui tantôt se replie sur elle-même, avide de comprendre le mystère du mal auquel elle est en proie, et qui tantôt au contraire, devenue incapable de se contraindre, se répand au dehors en paroles d'amertume qui vont jusqu'à l'injustice, en violences qui l'entraînent jusqu'au sectarisme par une avidité de convaincre les autres dans sa recherche épuisante de la vérité qui console, vérité qu'il veut trouver enfin dans une religion dont il n'arrive pas à se convaincre lui-même : « Incompréhensible que Dieu soit, écrit-t-il à la fin des *Pensées*, et incompréhensible qu'il ne soit pas. »

Se lassera-t-il au moins de cette inquiétude, de cette recherche passionnée du sens de la vie et de l'explication des injustices ? Jamais ; condition de l'homme : inconstance, ennui, inquiétude. Et cette inquiétude lui est chère puisqu'elle est l'expression de son être, puisqu'elle est toute sa vie, sa vie à laquelle il s'attache avec angoisse. Pensée inquiète, corps douloureux, qu'importe, tout cela c'est encore du mouvement et « notre nature est dans le mouvement ; le repos entier est dans la mort ». On entend ici le mot si profondément humain : souffrir, souffrir encore, puisque souffrir c'est du moins vivre.

Pascal, entre tous les hommes de génie, vient au monde avec un corps débile : il était « travaillé » par des maladies continuelles et qui allaient toujours en augmentant. Il avait, nous dit sa sœur, entre autres incommodités celle de ne pouvoir rien avaler de liquide qu'il ne fût chaud ; encore ne le pouvait-il faire que goutte à goutte, mais, comme il avait outre cela une douleur de tête insupportable, une chaleur d'entrailles

excessive, et beaucoup d'autres maux, les médecins lui ordonnèrent de se purger de deux jours l'un, durant trois mois, de sorte qu'il fallut prendre toutes ces médecines et pour cela les faire chauffer et les avaler goutte à goutte, ce qui était un véritable supplice, qui faisait mal au cœur à tous ceux qui étaient auprès de lui, sans qu'il s'en soit jamais plaint.

Et encore à ces maladies continuelles qui le « travaillent » sans répit, il vient ajouter des rigueurs volontaires. Nous le voyons se passer de ses domestiques; il faisait son lit lui-même, allait prendre son dîner à la cuisine et le portait à sa chambre; il le rapportait. A l'âge de trente ans et alors qu'il était « toujours infirme », il établit le règlement de sa vie dans la retraite sur deux maximes principales qui furent de renoncer à tout plaisir et à toute superfluité; et c'est dans cette pratique qu'il a passé le reste de sa vie.

Bien plus, dans les moments sans doute où il sentait chanceler sa foi dont il voulait à toute force faire son refuge, dans les « occasions », comme l'écrivit dans l'histoire de la vie de Pascal sa sœur Jacqueline, il prenait une ceinture de fer pleine de pointes, il la mettait à nu sur sa chair; et lorsqu'il lui venait quelque pensée de vanité, ou qu'il prenait quelque plaisir au lieu où il était, ou quelque chose semblable, il se donnait des coups de coude pour redoubler la violence des piqûres, et se faisait ainsi souvenir de son devoir.

Voilà comme il a passé cinq ans de sa vie, depuis trente ans jusqu'à trente-cinq ans, « tâchant de se perfectionner de plus en plus ». On sait que l'auteur des *Pensées* mourut à l'âge de trente-neuf ans et ces rigueurs volontaires, il les accrut sans doute jusqu'à la fin de sa vie en même temps que s'accroissaient les douleurs de son corps. Dans cette dernière partie de la vie de Pascal nous touchons à l'ascétisme le plus complet.

Mais c'est à la lumière de cette vie tout entière passée en souffrances physiques qu'il faut étudier l'âme de Pascal.

L'esprit de Pascal, on le sait, était naturellement tourné vers les abstractions et l'on connaît cet épisode de sa vie.

Le père de Pascal, ému de la santé délicate de son fils, lui avait retranché tous les livres. Or, un jour, le père trouve son fils en train de dessiner des figures géométriques; il lui demande ce qu'il fait et il reste « épouvanté » d'apprendre que son fils cherche la 32<sup>e</sup> proposition du 1<sup>er</sup> livre d'Euclide.

A seize ans, Pascal fait un traité des Coniques; jusqu'en 1654 (il a alors trente et un ans) il s'occupe de mathématiques et il écrit un traité du *Triangle* arithmétique dans lequel il s'occupe du calcul des probabilités.

L'étude des mathématiques occupe presque entièrement Pascal dans les premiers temps de sa vie : c'est la première tentative de cet esprit génial dans sa recherche de connaissances capables d'assouvir sa nature inquiète, son besoin insatiable de découvrir une vérité sur laquelle il pourra établir enfin une certitude; et il est mort sans être convaincu pourtant, semble-t-il, de l'avoir enfin rencontrée. Il a écrit, en effet, vers l'époque de sa fin : « S'il ne fallait rien faire que pour le certain, on ne devrait rien faire pour la religion; car elle n'est pas certaine. » Jusqu'à la fin, le doute, compagnon inséparable de l'inquiétude.

Cette poursuite ardente de recherches dans le domaine des sciences exactes qui devaient naturellement plaire à l'intelligence claire, au raisonnement rigoureux de Pascal, capables seulement d'être contentés par l'évidence des principes mathématiques, devait être cependant pour le douloureux grand homme la première

étape de la route où il a marché de chute en chute vers le but idéal que son génie lui désignait : savoir la vérité. Ce but toujours poursuivi et toujours inaccessible, poursuivi avec le désespoir d'une âme farouche, c'est toute la vie de Pascal qui n'y a jamais atteint non plus qu'au repos. La suprême délivrance, l'homme de génie ne l'a trouvée, pareil en cela au commun des hommes, que dans la mort et il n'a pu que s'écrier avec l'Ecclésiastique : J'ai cherché le repos dans tout : *In omnibus requiem quæsi.*

C'est cependant cet esprit mathématique qui se montre dans les *Provinciales*, dans ces lettres admirables dont chacune est comme un théorème qui, de déduction en déduction, marche avec une rigueur implacable vers la démonstration finale : la condamnation sans appel au nom de la Morale, de la morale des Jésuites.

Mais déjà, à côté de l'esprit de géométrie, on voit dans les *Provinciales* éclater l'esprit de finesse.

Esprit de géométrie, esprit de finesse, chacun connaît l'admirable définition qu'en a fait l'auteur des *Pensées* qui, est-il besoin de le dire, les possédait tous les deux.

La vérité, les mathématiques ne la lui ont pas découverte.

Il y renonce : « J'avais passé longtemps dans l'étude des sciences abstraites, et le peu de communication qu'on en peut avoir m'en avait dégoûté. La mathématique est inutile en sa profondeur. »

C'est maintenant à l'esprit de finesse que va s'adresser Pascal pour lui demander de l'aider à trouver l'énigme : ce que l'esprit n'a pu lui donner, il va le demander au jugement : la finesse est la part du jugement, la géométrie est celle de l'esprit. En effet, à quoi bon cultiver la science : « Tous les hommes ignorants ou savants se rencontrent en cette même ignorance d'où ils

étaient partis. Car les grandes âmes ayant parcouru tout ce que les hommes peuvent savoir trouvent qu'ils ne savent rien. C'est seulement une ignorance savante qui se connaît. »

Alors, la raison pourra-t-elle le satisfaire? Non, car la raison agit avec lenteur, et avec tant de vues sur tant de principes, lesquels il faut qu'ils soient toujours présents, qu'à toute heure elle s'assoupit et s'égare, manque d'avoir tous principes présents. La raison, d'ailleurs, cette faculté maîtresse, a bien d'autres causes encore pour faillir. Et rien ne montre la vérité à l'homme : tout l'abuse. Ces deux principes de vérités, la raison et les sens, ôtre qu'ils manquent chacun de sincérité, s'abusent réciproquement l'un l'autre. Et qu'il faut peu de chose encore pour troubler cette superbe raison. « L'esprit de ce souverain juge du monde n'est pas si indépendant qu'il ne soit sujet à être troublé par le premier tintamarre qui se fait autour de lui. Il ne faut pas le bruit d'un canon pour empêcher ses pensées : il ne faut que le bruit d'une gironette ou d'une poulie. Ne vous étonnez pas s'il ne raisonne pas bien à présent; une mouche bourdonne à ses oreilles : c'en est assez pour le rendre incapable de bon conseil. Si vous voulez qu'il puisse trouver la vérité, chassez cet animal qui tient sa raison en échec, et trouble cette puissante intelligence qui gouverne les villes et les royaumes. Le plaisant dieu que voilà ! » Et Pascal a écrit encore : « L'éternument absorbe toutes les fonctions de l'âme aussi bien que la besogne. »

Aucune des autres facultés de l'esprit ne trouve d'ailleurs grâce devant lui, aucune ne lui paraît assez sûre pour qu'il puisse s'y fier et pour trouver dans son appui le réconfort de sa détresse : « La volonté est un des principaux organes de la créance, mais c'est un principe d'erreur, car elle détourne l'esprit qui, marchant d'une

pièce avec la volonté, s'arrête à regarder dans les objets la face qu'elle aime. » Et que de choses encore contribuent à nous tromper. Nous avons un autre principe d'erreur, les maladies. Elles nous gâtent le jugement et les sens.

Notre propre intérêt est encore un merveilleux instrument pour nous crever les yeux agréablement. Ainsi donc, toutes nos facultés, comme nos sens, ne sont pour nous que des moyens de faillir.

Alors, où s'assurer? Car le silence de ces espaces infinis l'effraie et la vie est la chose du monde la plus fragile.

Où trouver la stabilité? le refuge? Les fleuves de Babylone coulent, et tombent, et entraînent. O sainte Sion, où tout est stable et où rien ne tombe! Mais cette colline de Sion, Pascal en a-t-il atteint le sommet?

Faut-il donc se laisser entraîner par l'imagination?

Non encore, et Pascal a lancé contre l'imagination ses plus belles invectives. C'est cette partie décevante dans l'homme, cette maîtresse d'erreur et de fausseté, cette superbe ennemie de la raison : elle dispose de tout, elle fait la beauté, la justice et le bonheur, qui est le tout du monde.

Pascal qui n'a pu trouver dans les facultés de l'esprit ni dans les principes des sciences la solution de l'énigme qui l'opprime, a fait comme le plus humble de nous, il s'est adressé à son cœur. Car il est arrivé à cette conclusion : tout notre raisonnement se réduit à céder au sentiment. Nous connaissons la vérité non seulement par la raison, mais encore par le cœur. C'est sur les connaissances du cœur et de l'instinct qu'il faut que la raison s'appuie.

Sur les conseils des médecins inquiets de sa santé toujours plus chancelante, il quitte toute sorte d'application d'esprit et cherche « les occasions de se divertir ».

Son ami, le duc de Roannez, l'introduit dans la Société de Paris. Il se lie avec le chevalier de Méré, le libertin des Barreaux, un joueur, Miron, M<sup>me</sup> de Sablé.

Voilà Pascal « dans le monde ». Y trouvera-t-il enfin, puisque jusqu'ici tout lui a manqué, la satisfaction de son inquiétude, le remède à son doute désespéré ? mais non, toujours.

Quels souvenirs aura-t-il conservés du monde, de la société des hommes, de l'agitation des passions, des spectacles, des divertissements de toute sorte qu'il a recherchés pour se guérir de la maladie principale de l'homme qui est la curiosité inquiète des choses qu'il ne peut savoir ? Il n'y aura rencontré que l'amertume, des froissements nouveaux pour son âme gémissante, un dépérissement plus marqué pour son corps déjà exténué par la maladie.

Contre la société, contre les divertissements, contre l'amitié, contre l'amour, sa sensibilité exaspérée trouvera encore des anathèmes puissants. Une fois de plus, il se raidira dans sa souffrance, dans sa déception douloureuse contre la société de ses semblables qui a failli à son espérance. Expérience inutile : l'homme de génie est toujours seul et le mal de savoir « les choses qu'il ne peut savoir » ne peut pas être guéri chez lui par le divertissement des passions qui versent l'oubli aux hommes ordinaires.

Écoutons-le encore parler : « Tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne pas savoir ester en repos dans une chambre. » Voilà pour les divertissements. Et voici pour l'amitié : « Je mets en fait que si tous les hommes savaient ce qu'ils disent les uns des autres, il n'y aurait pas quatre amis dans le monde. Tous les hommes se haïssent naturellement l'un l'autre. »

Contre l'amour maintenant, Pascal a écrit la phrase

célèbre : Qui voudra connaître à plein la vanité de l'homme n'a qu'à considérer les causes et les effets de l'amour. La cause en est un je ne sais quoi ; et les effets en sont effroyables.

Ce je ne sais quoi, si peu de chose qu'on ne peut le reconnaître, remue toute la terre, les princes, les armées, le monde entier.

Le nez de Cléopâtre, s'il eût été plus court, toute la face de la terre aurait changé.

Et toujours en proie à ce malaise insupportable qui lui vient de sa curiosité inassouvie des choses que l'homme ne peut pas savoir, fatigué par les passions et par l'agitation du monde qui sont venus augmenter le délabrement de sa pauvre machine, Pascal, avec une âpreté terrible qui dépasse de bien loin les audaces d'un Beaumarchais embastillé à la veille de la Révolution pour avoir écrit le *Mariage de Figaro*, stigmatise et flagelle avec des mots cruels toute la société et l'organisation politique de son époque.

Comme on s'en doute, les médecins sont passés en revue et, avant Molière, le fouet de Pascal ne manque pas de s'abattre sur leurs épaules.

Le souverain, l'armée, la justice, les grands, personne ni aucun corps social n'est épargné par lui.

C'est la réaction inévitable au malaise intérieur, à un état d'inquiétude arrivé jusqu'au paroxysme, c'est l'ardente injustice d'un homme de génie que son génie fait être seulement un homme plus humain que les autres, avec ses qualités plus grandes mais avec ses défauts exacerbés, révolté contre l'injustice d'un Destin qu'il ne comprend pas et qui, en lui faisant le don fatal d'une pensée plus haute, l'a rendu seulement plus malheureux parce qu'il est devenu ainsi plus capable de comprendre sa misère. Ah ! s'il pouvait être seulement un objet inanimé. « On n'est pas misérable sans senti-



ment : une maison ruinée ne l'est pas. Il n'y a que l'homme de misérable. » Et il se lamente avec Jérémie : *Ego vir videns paupertatem meam*. Je suis un homme qui voit sa détresse.

Ces ardeurs, ces violences de Pascal, il sied de les lui pardonner parce que ce grand homme a été un grand homme malheureux.

Voyons maintenant ses attaques frémissantes contre l'ordre social tout entier, contre tout ce qu'il est naturel aux hommes d'honorer et de servir.

« La puissance des rois est fondée sur la raison et sur la folie du peuple, et bien plus sur la folie. »

Pour les magistrats : Leurs robes rouges, leurs hermines dont ils s'emmaillottent en chats fourrés, les palais où ils jugent, les fleurs de lis, tout cet appareil auguste était fort nécessaire : et si les médecins n'avaient des soutanes et des mules, et que les docteurs n'eussent des bonnets carrés et des robes trop amples de quatre parties, jamais ils n'auraient dupé le monde qui ne peut résister à cette montre si authentique. Les seuls gens de guerre ne sont pas déguisés de la sorte, parce qu'en effet, leur part est plus essentielle : ils s'établissent par la force, les autres par grimace. Cependant les soldats ne sont que des « trognes armées » qui n'ont de mains et de force que pour les rois.

Les grands qui gravitent autour des rois ne sont pas ménagés davantage, et l'aristocratie ne trouve pas grâce devant Pascal : « On ne choisit pas pour gouverner un vaisseau, celui des voyageurs qui est de meilleure maison. C'est un grand avantage que la qualité, qui, dès dix-huit ou vingt ans, met un homme en passe, connu et respecté, comme un autre pourrait avoir mérité à cinquante ans : c'est trente ans gagnés sans peine. Les grands ne sont pas suspendus en l'air, tout abstraits de notre société. Non, non; s'ils sont plus

grands que nous, c'est qu'ils ont la tête plus élevée; mais ils ont les pieds aussi bas que les nôtres. Ils y sont tous à même niveau, et s'appuient sur la même terre; et par cette extrémité ils sont aussi abaissés que nous, que les plus petits, que les enfants; que les bêtes. »

Ainsi, le rêve inquiet de Pascal n'a pas disparu devant les agitations du monde. Etoardi un instant peut-être, mais non délivré, au contraire froissé chaque jour dans sa sensibilité malade par la comédie humaine, il est toujours plus meurtri et plus désespéré; d'autre part, son corps malade ne peut pas supporter les fatigues de la vie mondaine. Moins qu'aucun autre, le grand homme ne peut échapper à lui-même. A ce moment se produit l'accident du pont de Neuilly :

« M. Pascal étant allé, selon sa coutume, un jour de fête, à la promenade au pont de Neuilly avec quelques-uns de ses amis, dans un carrosse à quatre ou six chevaux, les deux chevaux de volée prirent le frein aux dents à l'endroit du pont où il n'y avait point de garde-fou; et s'étant précipités dans l'eau, les laisses qui les attachaient au train de derrière se rompirent, en sorte que le carrosse demeura sur le bord du précipice. »

Pascal semble être resté épouvanté de cet accident, où il avait vu de si près la mort. Sans aucun doute, il dut y voir un avertissement céleste.

Maintenant, après cette nouvelle expérience que le monde lui a donnée, il se replie plus douloureusement sur lui-même.

Son corps épuisé par la souffrance, anesthésié comme celui des suppliciés, ne lui apporte plus de sensations; alors son attention se libère, rompant toute communication avec les objets sensibles, et dans une élévation extraordinaire de l'esprit, Pascal entre en contemplation : il voit Dieu. C'est l'extase de la nuit du 23 no-

vembre 1654. Puis, c'est la renonciation dernière; il se retire à Port-Royal. Il a trente-deux ans.

Pascal sait depuis longtemps que sa vie ne peut être de longue durée. De nouveau, il lutte, il faut à tout prix qu'il trouve une certitude.

Alors, repris de son besoin de logique et d'évidente certitude, il appelle une fois de plus à son secours le raisonnement mathématique. Car toujours la même plainte renaît en lui, monotone comme la souffrance qui ne l'a jamais quitté : « Je ne sais qui m'a mis au monde, ni ce que c'est que le monde, ni que moi-même. Je suis dans une ignorance terrible de toutes choses. Je vois ces effroyables espaces de l'univers qui m'enferment. Tout ce que je connais est que je dois bientôt mourir. »

La mort ! le dernier mystère et puis après, un autre encore : l'éternité; l'incompréhensible toujours, même après la fin, voilà l'épouvante qui accompagnera Pascal jusqu'à son dernier jour. « Il n'y a rien de plus réel que cela ni de plus terrible. Faisons tant que nous voudrons les braves, voilà la fin qui attend la plus belle vie du monde. Car quelque belle qu'ait été la comédie, un peu de terre dessus la tête et en voilà pour jamais. Sans doute, il y a des hommes qui disent avoir secoué le joug. Mais prétendent-ils nous avoir bien réjouis, de nous dire qu'ils tiennent que notre âme n'est qu'un peu de vent et de fumée, et encore de nous le dire d'un ton de voix fier et content ? Est-ce donc une chose à dire gaiement ? et n'est-ce pas une chose à dire tristement au contraire, comme la chose du monde la plus triste ? »

Que son âme à lui puisse être seulement un peu de vent et de fumée ? Dérision ! Pascal donc, ne se résoudra jamais. Jusqu'à son dernier jour, il cherchera le grand ; Pourquoi ? Et dans son angoisse toujours plus

grande, il en arrive à faire ce raisonnement : « Dieu est ou il n'est pas. Mais de quel côté pencherons-nous ? La raison n'y peut rien déterminer. Il se joue un jeu où il arrivera croix ou pile. Que gagerez-vous ? Pesons le gain et la perte, en prenant croix, que Dieu est. Estimons ces deux cas : Si vous gagnez, vous gagnez tout, une éternité de vie et de bonheur. Si vous perdez, vous ne perdez rien. Gagez donc qu'il est sans hésiter. »

Etre Pascal et aboutir enfin à jouer Dieu à croix ou pile ! Quelle tristesse qu'un pareil génie ait ainsi tenté de se contenter et de convaincre les autres dans sa recherche désespérée de l'impénétrable.

Quand même, malgré que rien ne soit certain, Pascal à qui tout a manqué, qui s'est adressé en vain à la science pour se convaincre, aux passions pour se consoler, demeure avec son âme toujours plus inquiète et son corps toujours plus meurtri.

Et voilà que la mort s'approche, le dernier mystère, le mystère de la fin, terrible comme l'Inconnu.

Alors, qu'importe que la religion soit une sottise (*stultitiam*). Puisque tout lui a manqué sur la terre, il fera, lui, l'homme de génie, le geste ordinaire au commun des hommes : il regardera les étoiles.

La Vérité lui est restée aussi cachée qu'au plus ignorant d'entre nous. Cette Vérité, comme la plupart des hommes, il l'appellera Dieu ; il voudra contre toute certitude, contre sa raison, croire à ce Dieu comme à la Vérité indémontrable. Mais même aux approches de la mort, ce Dieu qu'il aura tant cherché, vers lequel tant de fois sera montée sa prière, lui apparaîtra redoutable comme l'énigme qu'il aura vainement poursuivie.

Et ses dernières paroles sont encore des paroles d'inquiétude : Que Dieu ne m'abandonne jamais.

On le voit, il était donné à Pascal qui a écrit des pages si éloquentes sur la grandeur et la misère de l'homme de nous montrer par sa vie l'ensemble le plus haut peut-être de cette misère et de cette grandeur, et il ne s'est jamais consolé d'être un homme.

(*A suivre*).

---

# LA PSYCHOLOGIE

## DANS LE RECRUTEMENT ET L'ORGANISATION DE L'ARMÉE AMÉRICAINE

Par M. R. MOURGUE

Ex-boursier d'agrégation (Philosophie) près l'Université de Bordeaux,  
Boursier de la *Fondation Carnegie* (Médecine).

---

« On peut avec quelque vraisemblance compter pour le siècle qui vient sur une participation croissante de l'Allemagne à l'œuvre scientifique. Nos concurrents les plus remarquables sur ce terrain sont les Américains du Nord (1). » Ainsi s'exprimait Ostwald bien avant la guerre, à une époque où il ne se doutait certes pas que son pays aurait à lutter avec les États-Unis sur le terrain même de l'organisation scientifique, dont il sentait, d'ailleurs à contre-cœur, que l'Allemagne n'aurait pas toujours le monopole exclusif.

Nous désirerions esquisser l'effort de nos alliés dans un domaine qui, pour ne pas être strictement médical, n'est pas moins des plus intéressants pour le psychiatre (2). N'oublions pas, en effet, qu'il serait dangereux de restreindre le rôle de l'aliéniste à l'activité scientifique ou thérapeutique qu'il est susceptible d'exercer à l'intérieur des Asiles. Par cela seul qu'il s'occupe des troubles du psychisme, son activité em-

---

(1) Ostwald. *Les grands hommes*, trad. Dufour, Paris, Flammarion, 1912, p. 222.

(2) Voir, pour l'organisation *strictement neuro-psychiatrique*, le numéro des *Annales* de janvier 1918, p. 169-172.

piété sur le domaine social, et si l'hygiène mentale ou l'art de prévenir l'éclosion des maladies mentales est encore dans l'enfance, ce n'en est pas moins le but le plus élevé que le psychiatre puisse se proposer. C'est un point de vue d'ailleurs que les Américains ont mis en pratique sur une large échelle, aussi bien dans la pratique civile que dans la pratique militaire.

En temps de guerre, le problème le plus urgent reste la meilleure organisation de l'armée, qui doit être le centre de toutes les préoccupations. Or, aux États-Unis, on a pensé qu'il n'y avait qu'une organisation qui soit rationnelle, c'est celle qui est basée sur la science. Remarquons d'ailleurs que, déjà en temps de paix, la production économique avait été scientifiquement étudiée, grâce à l'impulsion que la méthode Taylor avait donnée à ce genre d'études.

Déjà, avant la déclaration de guerre, avait été organisé, à la requête du président Wilson, ce qu'on appelle le *Conseil national de recherches*, destiné à opérer la mobilisation des ressources scientifiques. De la tâche énorme qu'a entreprise et réalisée, dans une mesure qui, bien entendu, est tenue rigoureusement secrète, ce *Conseil national de recherches*, nous ne voudrions retenir ici que ce qui intéresse l'utilisation de la psychologie pour l'armée.

La guerre, ainsi que le dit le grand psychologue américain Yerkes, de l'Université Harvard, est un produit de l'esprit humain, et, en tant que tel, elle comporte toutes les formes du comportement humain (*human behavior*). Le terme de « guerre de machine », si souvent appliqué au conflit actuel, doit, contrairement à ce que pensent des esprits superficiels, attirer notre attention sur l'extrême importance du facteur humain. D'ailleurs n'est-ce pas en Amérique qu'on a institué, dès le temps de paix, des examens psychologiques et neurologiques

très sérieux en vue du recrutement des mécaniciens destinés à conduire les locomotives, des wattmen, etc.? Comment pourrait-on nier, dès lors, que la connaissance de la constitution normale de l'esprit, des aptitudes psychiques et motrices, du rendement humain (*human efficiency*) soit sans utilité pour le recrutement de l'armée?

Aussi, dès l'année dernière, avec l'approbation du Conseil de l'*Association psychologique américaine*, le *Conseil national de recherches*, dont nous avons déjà parlé, organisa un *Comité de psychologie* (1), présidé par M. Yerkes. Un comité de spécialistes ne pouvait faire autrement que d'adopter automatiquement le principe des compétences, et, à la première réunion, on vota cette motion, qui est le bon sens même : « Partout où des psychologues travaillant en commun avec d'autres hommes de science pourraient être capables de faire un travail considérable pour la défense nationale et la conduite de la guerre, on leur recommandait de se mettre sur les rangs, afin de leur assigner le travail pour lequel leurs services seraient de la plus grande utilité pour la nation. On pourrait faire appel à des étudiants en psychologie, pour compléter leurs études. »

Auparavant, les principaux laboratoires de psychologie des États-Unis avaient été offerts au Comité pour les usages qu'ordonnerait la situation militaire.

Enfin, à la réunion tenue à Philadelphie le 21 avril 1917, le Conseil de l'*Association psychologique américaine* autorisa la création de 12 comités, chargés de s'occuper des divers rapports essentiels de la psychologie et de la guerre. Voici la liste des principaux

---

(1) Nous tenons ces renseignements des deux articles suivants, dont nous reproduisons fidèlement les données : Yerkes, *Psychology and Military Activities*, *Mental Hygiène*, July 1917, et Yerkes, *National Service*, *Psychol. Bulletin*, July 1917.



comités, avec l'exposé succinct de leurs programmes d'études, telle que nous l'empruntons au professeur Yerkes :

« *Comité de bibliographie psychologique relative aux affaires militaires.* — Le rôle de ce comité est de préparer des bibliographies et des résumés des travaux importants de psychologie militaire pour l'usage immédiat des autres comités et les chercheurs individuels. Président : Madison Bentley (Université d'Illinois). Le Dr Bentley a déjà rendu de grands services à plusieurs comités.

« *Comité pour l'examen psychologique des recrues.* — La première tâche de ce comité fut la préparation, l'unification (standardisation) des méthodes et la démonstration de leur efficacité. Président : M. Yerkes, de l'Université Harvard. »

Ce comité a élaboré une méthode d'examen de groupes et des méthodes d'examen individuel. A l'époque où M. le professeur Yerkes (juillet 1917) nous donnait ces renseignements, on était en train d'essayer ces méthodes dans trois camps et dans une station navale, et on était sur le point d'élaborer des listes de psychologues désireux de servir comme examinateurs. Ce comité avait la conviction, en employant des méthodes spécialement préparées et adaptées aux recrues des camps, de pouvoir obtenir des mesures maniables aussi bien par des officiers d'infanterie que par des médecins praticiens et par les spécialistes chargés des formations sanitaires de psychiatrie. Il est admis que le travail du psychologue, quoique n'étant pas de caractère strictement médical, puisqu'il se place au point de vue aptitude, éducation, et au point de vue social, aidera celui de l'examineur médical en lui fournissant d'utiles indications. De plus, le psychologue peut aider le psychiatre en lui signalant les individus pour lesquels un

examen psychiatrique soigneux est manifestement nécessaire.

« *Comité de sélection des hommes pour les travaux nécessitant une habileté particulière.* — Ce comité a pour mission d'étudier le choix et la promotion des officiers, ainsi que le choix des hommes se destinant à des spécialités exigeant de l'habileté. Président : E. L. Thorndike, de l'Université Columbia. »

Une nouvelle méthode de sélection des officiers, imaginée par le Dr Scott, est actuellement employée dans beaucoup de camps d'apprentissage pour officiers.

« *Comité pour l'étude des problèmes psychologiques de l'aviation, englobant l'examen des candidats à l'aviation.* — Président : H. E. Bartt, de l'Université Harvard. — Le Gouvernement a autorisé le travail en vue du développement de l'essai très approfondi de méthodes pour la sélection des aviateurs ; en juillet 1917, nous dit le professeur Yerkes, ce travail était déjà en progrès dans au moins un des centres d'instruction.

« *Comité pour les problèmes psychologiques des impotences, spécialement celles résultant du choc, la rééducation et le réapprentissage.* — Président : S. I. Franz, Government Hospital for the Insane. — Le président a dressé des plans pour organiser, en relation étroite avec différentes armes et formations militaires, un comité susceptible de s'occuper des différents problèmes scientifiques concernant les impotences.

Le Dr Franz a lui-même développé des méthodes efficaces pour la rééducation de certains paralytiques ; ces méthodes sont actuellement employées par la commission militaire des hôpitaux du Canada.

« *Comité pour la régénération morale dans l'armée et dans la marine.* — Président : G. A. Coe, Union Theological Seminary. — Ce comité doit servir la cause nationale en coopérant, de toute manière utile, avec le

Comité pour la régénération militaire de Y. M. C. A. (Union chrétienne de jeunes gens) et avec d'autres comités du même genre. Les psychologues trouveront abondamment l'occasion d'étudier les aspects psychologiques des problèmes de la régénération morale.

« *Comité des problèmes pédagogiques et psychologiques de l'entraînement et de la discipline militaire.* — Président, C. H. Judd, de l'Université de Chicago.

« *Comité pour les problèmes de stabilité émotionnelle et de « self-control ».* — Président : R. S. Woodworth, de l'Université Columbia.

« *Comité pour les problèmes acoustiques d'importance militaire.* — Président : C. E. Seashore, de l'Université d'Iowa. — Le président de ce comité s'est intéressé aux rapports des principes d'acoustique avec les différentes situations navales. Les méthodes de localisation des sons et leur utilisation pour la déconverte des sous-marins, l'identification des canons et la localisation des batteries sont des problèmes extrêmement importants. Ces questions sont traitées par le Comité de physique du Conseil national de recherches, en collaboration avec le Dr Seashore.

« *Comité pour les problèmes visuels d'ordre militaire.* — Président : R. Dodge, Wesleyan Univ. — Le président Dodge a inventé et perfectionné un appareil pour mesurer divers phénomènes importants des réactions d'un artilleur de marine. Il est maintenant installé, en vue d'essais, sur un grand nombre de vaisseaux de guerre. »

Les informations précédentes, pour si imprécises qu'elles soient (et il est inutile d'en donner la raison), tout en ne concernant que les psychologues, sont d'un intérêt capital pour le psychiatre. Il n'y a pas un seul aliéniste en France qui ne soit persuadé de l'utilité de l'élimination, à l'entrée de l'armée, des débiles (nous rap-

pellérons seulement à cette occasion les travaux effectués par notre maître, le Dr Colin, à l'Asile de Villejuif), ou du moins de certains d'entre eux. Or, ce problème est un problème psychologique. C'est ainsi que les méthodes si précieuses d'examen mental de Binet-Simon, méthodes qui ont fait le tour du monde, peut-on dire, ont été employées pour l'examen des recrues, bien avant l'entrée en guerre des États-Unis d'ailleurs (1).

Que le problème de la rééducation et des impotences, même de nature organique, soit également, par certains côtés, une question de psychologie, c'est ce que les travaux de médecins comme MM. Camus, Sollier et bien d'autres ont surabondamment prouvé.

La guerre aura donc eu, entre mille autres conséquences, celle, tout au moins inattendue, de rapprocher encore plus étroitement la psychologie et la médecine.

Mais ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'aux yeux des Américains, il faut aller encore plus loin; l'organisation dont nous avons rapporté l'esquisse n'est qu'une toute petite partie d'un système plus vaste qui ne tend à rien de moins qu'à obtenir de chaque homme le maximum de ce qu'il peut fournir pour le pays (problème de l'« *efficiency* ») (2). Or l'homme étant avant tout un système nerveux, il était naturel que l'examen préliminaire du moteur humain fût confié en premier lieu à ceux qui ont pour mission de l'étudier scientifiquement, c'est-à-dire aux psychologues et aux psychiatres, au sens le plus large du mot.

L'Amérique vient de nous donner un exemple qu'il conviendra de ne pas oublier lors de la réorganisation économique de la France.

(1) Bien entendu elles ont subi de nombreux remaniements, adaptées aux problèmes particuliers et aux divers sujets.

(2) Cf. Münsterberg. *Psychology and Industrial Efficiency*, Boston, H. Mifflin, 1915.

---

# Pathologie

---

## LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

Par le Dr J. CAPGRAS,

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

*Suite et fin (1).*

---

Tels sont, messieurs, les symptômes fondamentaux du délire d'interprétation. A eux seuls, ils suffisent d'ordinaire à constituer la psychose. Dans certains cas, vous ai-je dit, ils se combinent à des éléments accessoires mais susceptibles de se mettre en vedette et de constituer alors autant de variétés de psychose interprétatrice. Ces symptômes de luxe sont, par ordre de fréquence, les suivants : 1° les fabulations ou récits imaginaires ; 2° les fausses reconnaissances et les paramnésies ; 3° les hallucinations.

Les récits imaginaires émaillent maintes fois la psychose interprétatrice. Ils peuvent même se développer au détriment des interprétations qu'ils relèguent au second plan. Ce délire de fabulation, proche voisin du délire d'imagination si magistralement décrit par M. Dupré, s'observe de préférence chez certains mégalomanes appelés persécuteurs ou mieux interprétateurs filiaux, lesquels, reniant leurs véritables parents qu'ils qualifient de parents adoptifs, s'attribuent une origine

---

(1) Voir les *Annales* de mars 1918.

illustre et se croient victimes d'une substitution au berceau. La systématisation de ce délire se fait remarquer à la fois par sa complexité et sa précision. Le fabulateur conte son roman avec une imperturbable assurance ; son récit prend l'allure d'une causerie familière où les faits les plus extraordinaires apparaissent d'une simplicité évidente, d'une réalité indiscutable. Il invente de toutes pièces des épisodes glorieux, des exploits héroïques. Il se plaît à détailler les aventures étranges, dont, à l'en croire, son enfance fut remplie ; il décrit les péripéties de voyages fantastiques. La plupart d'entre eux imaginent des scènes mélodramatiques au cours desquelles fut dévoilé le secret de leur naissance. Le pseudo-fils de Jules Grévy, dont M. Ballet a publié l'observation, racontait ainsi comment sa mère mourante lui avait révélé le nom de son père et les circonstances de sa conception. Plusieurs de ces fabulateurs, faux dauphins ou fausses princesses, ont laissé une trace dans l'histoire anecdotique. Naundorff en est l'exemple le plus caractéristique. Quelques-uns ajoutent à leurs fabulations sincères des inventions sciemment fausses relevant de la mythomanie associée à leur psychose interprétrice. Tous néanmoins ont une foi entière dans le bien-fondé de leurs revendications, et cette conviction ardente leur attire parfois de nombreux partisans.

Chez quelques interpréteurs, on voit se former, plus ou moins rapidement, un délire métabolique et palinognostique, où prédominent les fausses reconnaissances. L'ambiance se métamorphose entièrement pour le malade : il ne voit plus rien sous l'angle habituel : tout est apprêté, artificiel, illusoire. « C'est le monde renversé », dit l'un. « Quelle vaste comédie », dit l'autre. On les mystifie de toute façon : calendriers truqués pour les induire en erreur, feuilletons narrant leur

propre histoire; illustrés publiant, sous de faux noms, leur portrait ou ceux de leurs ennemis, journaux imprimés exclusivement pour eux; folles artificielles aux visages grimés, aux crises factices et dont les propos incohérents ne sont qu'un langage conventionnel. Des illusions de personnalité viennent encore augmenter la fantasmagorie du délire. Ce sont de continuelles substitutions de gens; celle-ci rencontre à chaque instant des « sosies » de son mari; celui-là est surpris par de multiples « éclairs de ressemblance ». Des personnes vues pour la première fois sont reconnues comme tel ami ou tel ennemi. Inversement, des visages familiers paraissent oubliés: une mère ne reconnaît plus sa fille qu'elle croit coupée en morceaux.

Des fausses reconnaissances se rapprochent les illusions de mémoire; les paramnésies comparables à l'illusion du déjà vu ou plutôt du déjà fait, du déjà vécu. Une interpréteuse, assistant à une représentation théâtrale dans l'asile où elle est internée, découvre tout à coup que c'est elle qui a préparé tout le spectacle: elle a donné le plan de la salle, elle a choisi les artistes, elle a composé le programme. Lisant plus tard dans le journal l'arrestation du bandit Lacombe, elle se souvient d'avoir fourni aux policiers toutes les indications dont ils ont tiré parti et de leur avoir conseillé de l'attaquer brusquement par derrière.

L'absence de troubles sensoriels constitue, vous le savez, un des caractères essentiels du délire d'interprétation. Toutefois, cette règle souffre des exceptions. L'interpréteur peut devenir halluciné, mais il ne le devient jamais que passagèrement. L'hallucination reste toujours chez lui un phénomène épisodique, presque comparable à celle qui peut atteindre l'individu normal sous l'influence de la fatigue, de l'émotion intense, de l'attente anxieuse. Il existe ainsi des malades

qui, au cours d'une longue existence vésanique, n'ont eu qu'une ou deux hallucinations de l'ouïe, une ou deux hallucinations de la vue. Je ne parle pas des hallucinations du goût, de l'odorat ou de la sensibilité générale, tout à fait exceptionnelles, si l'on veut bien ne pas les confondre avec l'interprétation de phénomènes cénestopathiques ou de sensations organiques. Font défaut également les hallucinations psycho-motrices verbales. Assez fréquentes, au contraire, sont les pseudo-hallucinations, c'est-à-dire des pensées involontaires que le malade regarde comme inspirées par une suggestion étrangère. Il s'agit là d'une interprétation.

Je vous signalerai enfin l'éclosion possible, au cours de la psychose chronique, de bouffées hallucinatoires de durée variable ; c'est alors un syndrome aberrant dont la morbidité est souvent reconnue par le sujet lui-même et qu'il attribue soit à un empoisonnement, soit au désir de le rendre fou. Je puis vous citer l'exemple de deux interprétateurs dont le délire hallucinatoire fut provoqué chez l'un par l'inanition, chez l'autre par une détention prolongée.

\*  
\* \*

- La symptomatologie d'une psychose, quelle que soit sa précision, ne saurait suffire à l'identifier entièrement. Un syndrome mental ne prend figure de maladie que s'il présente une évolution spéciale, si après une observation plus ou moins longue, on peut en prévoir la marche et la terminaison. A ce point de vue, le délire d'interprétation possède des couleurs aussi vives que celles du tableau clinique.

Cette évolution peut se résumer en un mot : fixité. Délire fixe et inébranlable par excellence, la psychose interprétratrice chronique reste, dans ses grandes lignes,



toujours identique à elle-même pendant toute sa durée, qui se confond avec la vie même du malade. Elle ne guérit pas, elle ne se transforme pas, elle ne se dissocie pas, elle n'aboutit pas à la démence.

Mais tout immuable qu'il soit, ce délire ne se fige pas en une formule stéréotypée. Rien au contraire de plus complexe, de plus exubérant que les erreurs dont foisonnent ces romans vésaniques. Les interprétations prolifèrent sans cesse. Elles s'étendent, suivant l'expression de Dromard, par diffusion et par rayonnement. Par diffusion, il faut comprendre cet enchaînement en vertu duquel une interprétation est appelée le plus souvent par une interprétation antérieure et suscite elle-même à son tour une interprétation ultérieure. C'est une série d'arguments et de preuves qui se consolident mutuellement. Par rayonnement, on entend « la production fortuite et inattendue d'interprétations sans nombre qui gravitent à distance autour de l'idée directrice laquelle représente le centre et comme le point de ralliement de toutes les parties du système ».

Cette extension progressive du délire se traduit par des accusations de plus en plus nombreuses que le malade porte contre l'entourage. Une femme incrimine d'abord son mari seul, puis sa belle-mère, ensuite sa propre mère, son frère, ses autres parents, enfin, une fois internée, les médecins, le personnel de l'établissement, les autres malades, les magistrats, les journalistes. Elle accuse successivement son mari de farces de mauvais goût, d'avarie, de viol, d'empoisonnement, de bigamie. Cette puissance d'expansion du délire tient à ce fait primordial que l'interpréteur ne s'enferme pas dans la rumination d'une conception délirante, comme le font souvent les hallucinés, il reste solidaire des gens et des choses qui l'entourent, et ce milieu continue à réagir sur lui, à lui fournir des matériaux inépuisables.

Ces deux caractères fondamentaux, la fixité et l'extension rendent difficile, sinon impossible, la découverte de périodes distinctes dans la marche de la psychose. Par un artifice d'exposition on peut admettre, au moins schématiquement, une période de début, une période d'état et une terminaison.

Le début, comment le préciser? qui pourrait dire : tel jour le malade a déraisonné pour la première fois? Ce que l'on prend pour le début c'est ordinairement le commencement de la période d'état, alors qu'une idée prévalente, définitivement fixée, va cristalliser autour d'elle les interprétations successives. Mais auparavant existait une tournure d'esprit spéciale, une constitution paranoïque que je vous décrirai bientôt, et qui suscitait déjà des soupçons et même des ébauches d'interprétation.

Quant à la terminaison, à proprement parler, elle n'existe pas, le délire ne disparaissant qu'avec son auteur. Evidemment si celui-ci, à la fin de sa vie, sombre dans l'affaiblissement intellectuel, on verra les idées délirantes se stéréotyper, se transformer en un rabâchage sénile ou même se dissocier, mais cette désagrégation n'est point le fait de la marche progressive de la psychose. Si le vieillard conserve sa vivacité intellectuelle, le délire ne perdra rien de sa tenue et de sa richesse. On voit ainsi des psychoses durer trente et quarante ans sans modification intrinsèque. L'absence de démence terminale constitue, je le répète, un caractère essentiel du délire d'interprétation et le différencie d'un certain nombre de psychoses interprétatrices symptomatiques.

Malgré son uniformité générale, le délire d'interprétation présente, au cours de son évolution, de notables fluctuations. Sa marche, nullement progressive, s'effectue quelquefois par bonds successifs que séparent des inter-

valles d'arrêt. En d'autres termes on y constate des paroxysmes et des rémissions de durée variable. Pendant les paroxysmes les interprétations s'accumulent sans trêve et agrandissent rapidement le champ du délire. Dans les rémissions au contraire les interprétations cessent de se produire ou du moins deviennent très rares sans rien enlever au délire de sa ténacité. Ces rémissions surviennent parfois spontanément, plus souvent après un changement de milieu ; elles se prolongent quelques mois ou quelques années. Il existe une forme atténuée de délire d'interprétation dans laquelle après un paroxysme survient un arrêt d'évolution définitif : le malade ne parle plus qu'au passé de ses conceptions, il ne les fortifie par aucun argument nouveau ; mais il ne les renie pas, il ne les rectifie pas et il s'emploie au contraire à les défendre si l'on essaie de lui faire toucher du doigt l'inanité de ses plaintes.

L'interpréteur n'abdique jamais.

Le diagnostic positif du délire d'interprétation se fonde sur l'existence de nombreuses interprétations systématiques, sur l'absence de troubles sensoriels et d'affaiblissement intellectuel. Cette triade symptomatique se retrouve dans toutes les variétés de la psychose, lesquelles se reconnaissent à l'apparition de quelques signes particuliers. Je vous ai décrit ou cité, chemin faisant, les principales de ces variétés : délire de supposition, délire de fabulation, délire paramnésique, délire avec épisodes hallucinatoires, forme atténuée, variété des persécuteurs, variété des résignés. Je n'y reviens pas ; ce ne sont en somme là que des nuances et j'arrive immédiatement au diagnostic différentiel.

Le délire d'interprétation se distingue aisément de la

psychose hallucinatoire chronique où prédominent des hallucinations auditives verbales de plus en plus accentuées, allant jusqu'aux dialogues hallucinatoires et à l'écho de la pensée et où existent aussi des troubles très marqués de la sensibilité générale. L'envahissement progressif de l'automatisme, si caractéristique chez les hallucinés, la désagrégation de la personnalité ne s'observent jamais chez les interprétateurs. Les formules délirantes sont toujours dans la psychose interprétatrice moins fantastiques, moins absurdes que dans la psychose hallucinatoire. On ne rencontre pas dans la première ces néologismes qui donnent parfois un air d'incohérence au langage de l'halluciné.

A l'occasion de ce diagnostic, je vous rappelle qu'il peut être malaisé de différencier l'interprétation de l'hallucination, en raison des expressions ambiguës employées par les malades. Quand un persécuté lucide dit entendre des injures, il faut lui demander des explications aussi précises que possible sur la nature des voix dont il se plaint. Une interprétatrice nous déclare par exemple que le téléphone lui a appris bien des choses ; voilà, n'est-ce pas, un propos d'hallucinée. Interrogez-la davantage et elle ajoutera que ce sont les réponses d'un ami à un appel téléphonique bien réel, dont elle a tiré des conclusions inexactes.

Une variété de psychose hallucinatoire chronique — le délire de persécution type Lasègue-Falret ou délire chronique de Magnan — débute par une longue période d'inquiétude avec interprétations multiples, sans troubles sensoriels. A cette phase le diagnostic sera souvent impossible et seule l'évolution permettra de l'établir. Ce délire chronique hallucinatoire a une évolution systématique : le malade d'abord et longtemps persécuté, devient à la fin mégalomane et bientôt après ses idées délirantes se dissocient ou se réduisent à des formules

stéréotypées. Pareille transformation du délire ne se produit jamais dans la psychose interprétratrice.

Enfin le diagnostic entre les deux psychoses devient très difficile quand des bouffées hallucinatoires surviennent au cours du délire d'interprétation ; mais je vous ai déjà dit que ces troubles sensoriels ne dureraient que peu de temps et n'exerceraient pas une influence prépondérante sur la marche de la maladie. L'apparition de ces hallucinations épisodiques constitue néanmoins, pour certains auteurs, un argument décisif contre l'autonomie du délire d'interprétation et en faveur de l'existence d'une folie systématisée où se trouvent confondues sous une même étiquette la psychose interprétratrice et la psychose hallucinoïre.

Nombre de maladies mentales peuvent présenter des épisodes interprétatifs qu'il ne faut pas confondre avec le délire d'interprétation idiopathique. Ce diagnostic a été étudié par MM. Sérieux et Libert dans leur rapport au Congrès de Gand sur les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. Ce syndrome interprétatif se rencontre dans la psychose périodique, dans certaines psychoses toxiques, dans la démence précoce.

Avec la folie périodique le diagnostic se fera aisément grâce à la coexistence des signes propres à la manie ou à la mélancolie. Il deviendra plus épineux si l'on a affaire à des psychoses associées. On peut voir, en effet, des accès de manie et de mélancolie éclater, à intervalles variables au cours d'un délire d'interprétation ou en précéder l'apparition. M. Masselon en a publié une observation remarquable. En pareil cas, la combinaison des éléments des deux psychoses pendant l'accès doit faire réserver le diagnostic jusqu'au moment où une période de calme laisse subsister la psychose interprétratrice seule.

Il est une forme spéciale d'excitation ou de dépression intellectuelle désignée sous le nom de bouffée délirante, de délire d'emblée des dégénérés ou de paranoïa aiguë, forme que l'on tend aujourd'hui à ranger — au moins en quelques cas — dans la psychose maniaque dépressive et qui réalise, en raccourci, le tableau du délire d'interprétation. L'existence d'accès antérieurs, la rectification du délire dans les intermissions, le polymorphisme des conceptions, la mobilité de l'humeur, la logorrhée ou au contraire l'arrêt de la pensée, l'aprosodie, l'inaptitude au travail, vous fourniront les meilleurs éléments de diagnostic.

Parmi les psychoses toxiques, je vous citerai seulement le délire de jalousie alcoolique. Ce délire, comme le fait remarquer Mignot, est un type de psychose à base d'interprétations. Mais habituellement, il procède par accès paroxystiques liés aux abus de boissons. En outre, on y décèle souvent des conceptions absurdes, des accusations ineptes qui ont un cachet dementiel ; je ne parle pas des signes concomitants de l'alcoolisme chronique.

La démence précoce et surtout la démence paranoïde s'accompagnent souvent d'interprétations délirantes de durée variable. Chez un malade, observé par M. Sérieux, le début de la démence précoce fut caractérisé pendant deux ans, par l'organisation d'un délire d'interprétation. La diminution, puis la perte des sentiments affectifs permet de soupçonner la démence. Le plus souvent aussi le délire est mal systématisé et les hallucinations y jouent un rôle important. Enfin, selon l'exacte remarque de Terrien, il existe à l'origine une période prodromique plus ou moins longue avec conscience partielle d'un état morbide ou du moins d'un changement dans la personnalité, sentiment que n'a jamais eu l'interpréteur.

Je n'insisterai pas sur les interprétations délirantes que l'on rencontre parfois dans la paralysie générale. La démence concomitante et les signes physiques ne permettent guère de se tromper sur la signification réelle du syndrome.

J'ajouterai enfin que le délire d'interprétation peut coexister avec l'alcoolisme, l'épilepsie, l'hystérie, la psychasthénie, il est généralement facile d'établir le départ de ce qui revient à chacune de ces maladies.

Je dois, par contre, appeler votre attention sur un dernier diagnostic, le plus délicat de tous et, à vrai dire, sujet à controverse, celui du délire de revendication. Cette dénomination me paraît plus précise que celle de psychose des persécutés-persécuteurs ou des persécuteurs raisonnants par laquelle on désigne parfois la même affection; on l'appelle encore, surtout à l'étranger, folie quérulante ou folie processive. Nombre d'auteurs, dont Kraepelin, la considèrent comme un type de paranoïa et ne la différencient pas du délire d'interprétation. Il est certain que si, sous ce vocable, on groupe tous les malades qui se font remarquer par la ténacité de leurs revendications, par leur acharnement à obtenir la réparation d'un dommage réel ou fictif, par leur ardeur à poursuivre la satisfaction d'une idée fixe, on trouvera parmi eux des interprétateurs; on y trouvera aussi des hallucinés et l'on en rencontre, en effet, dans les observations citées par Hitzig comme exemples de folie quérulante. Mais adopter comme seul critérium d'une psychose, la nature des réactions serait consacrer une équivoque fâcheuse. A notre sens — et c'était d'ailleurs l'opinion de Falret dans son étude sur les persécuteurs raisonnants — le revendicateur vrai n'élabore pas un système d'interprétations, ses erreurs de jugement restent limitées et identiques à celles de tout individu en proie à un état passionnel. Le

revendicateur est, par-dessus tout, un maniaque raisonnant ; il a du maniaque l'humeur coléreuse, l'excitation intellectuelle et l'agitation motrice. Sa psychose, essentiellement hyperthymique, a les plus intimes rapports avec la folie périodique ; elle diffère sensiblement du délire d'interprétation. Sans doute, elle a avec ce dernier des signes communs qui sont la conservation de la lucidité, la persistance de l'activité mentale et la rareté des troubles sensoriels. Mais on n'y voit jamais s'organiser ce roman complexe, cet échafaudage d'interprétations multiples, ce travestissement fantaisiste de la réalité si caractéristique dans l'autre psychose. A proprement parler, le revendicateur n'a pas d'idées délirantes ; il se montre orgueilleux mais sans idées de grandeur caractérisées ; il se plaint de préjudices qu'on lui a causés, il ne parle jamais de persécutions physiques. Obsédé par quelques idées fixes ou par un rêve utopique il dépense sa suractivité morbide à presser le triomphe de ses conceptions. C'est un fanatique qui ne perd pas son temps à fortifier sa thèse par l'observation et la déformation de mille incidents futiles. Ses actes n'ont point, comme ceux de l'interpréteur, l'apparence d'une défense ou d'une attaque légitimes ; ils sont toujours disproportionnés à leur mobile parce qu'ils restent sous la dépendance du fonds maniaque qui les commande.

\*  
\* \*

Il me reste, Messieurs, à vous parler de l'étiologie de la psychose interpréatrice chronique. Sur ce chapitre, je ne pourrai vous dire rien de bien précis et j'en serai réduit à vous exposer des théories psychologiques, car l'anatomo-pathologie n'a jusqu'ici découvert aucune lésion dans le cerveau de ces psychopathes.

Le délire d'interprétation se développe généralement à l'âge adulte. Une forme précoce apparaît dès l'ado-



lescence ; une forme tardive ne survient qu'à la ménopause ou même au seuil de la vieillesse. Dans tous les cas, il ne se montre que chez les individus déséquilibrés. On ne note pourtant pas souvent chez ces sujets des stigmates physiques ou mentaux de dégénérescence. Mais ils sont doués d'une constitution spéciale qu'on appelle la constitution paranoïque, et qui est caractérisée par l'association d'une méfiance et d'un orgueil morbide dont l'hypertrophie conduit aux idées de persécutions et aux idées ambitieuses. Cette anomalie originelle les empêche de s'adapter au milieu social et s'exalte en raison même des conflits inévitables qu'elle détermine.

Si l'on veut pousser plus loin les recherches des causes déterminantes du délire, on se trouve réduit à des hypothèses. Deux conceptions pathogéniques s'opposent l'une à l'autre. La première, défendue surtout par Hitzig, attribue à la paranoïa une origine, primitivement et exclusivement intellectuelle, et l'assimile à un état d'affaiblissement psychique, caractérisé essentiellement par une pauvreté d'association d'idées qui empêche le sujet d'opposer à une représentation absurde les représentations antagonistes susceptibles de la réduire, de l'effacer. La seconde théorie pathogénique, soutenue par Specht, considère, au contraire, le paranoïa comme une psychose essentiellement et uniquement affective : ce sont des états émotionnels variables : inquiétude, perplexité, attente anxieuse, méfiance ou crainte, qui suffisent à provoquer l'éclosion de la psychose et la perte de l'auto-critique ; la diminution ou plutôt la polarisation des associations d'idées ne serait qu'un phénomène secondaire.

Si l'on adopte l'une ou l'autre de ces théories unilatérales, on se trouve fatalement amené à nier l'autonomie du délire d'interprétation. Et c'est en effet ce qui s'est

produit. Les partisans de la théorie intellectuelle de Hitzig finirent par affirmer que la paranoïa n'est qu'une forme de démence précoce, véritablement paradoxale, quand on se rappelle l'activité mentale de certains interpréteurs. Les partisans de la théorie affective de Specht déclarent à leur tour, qu'il faut classer le délire d'interprétation dans la psychose maniaque dépressive dont il représente un état mixte, empruntant certains éléments à la manie et d'autres éléments à la mélancolie. Je n'insisterai pas, malgré l'intérêt incontestable qu'elle présente, sur cette dernière conception ; vous en trouverez d'ailleurs l'exposé et la critique dans la thèse de René Bessières sur *La Paranoïa et la Psychose périodique*.

A mon sens, ces deux théories renferment chacune leur part de vérité, mais elles doivent se compléter mutuellement, car, suivant l'expression de Bleuler, le délire d'interprétation est essentiellement une psychose idéo-affective. Si l'on analyse la mentalité de l'interpréteur, on y décèle, en effet, l'existence de deux éléments primordiaux qui jouent chacun leur rôle, et ne sauraient être subordonnés l'un à l'autre. C'est d'un côté, une hyperesthésie affective, de l'autre côté, une paralogie morbide. L'hyperesthésie affective favorise l'éclosion des premières interprétations. La psychose n'est qu'une coordination de jugements affectifs à peu près impossibles à distinguer de ceux que fait naître la passion. Le rôle de l'attention spontanée et de l'attention volontaire, celui de l'imagination, le mécanisme des associations d'idées reste dans le délire, du moins au début, ce qu'il était dans la passion. — Mais si les raisonnements de l'interpréteur relèvent bien de la logique affective, leur croissance et leur fixité dépendent du trouble intellectuel : la déviation du sens critique. L'esprit faux de l'interpréteur a, indépen-

damment de tout facteur émotionnel, une tendance spontanée à rechercher l'explication de coïncidences fortuites. Cette tendance devient plus tard une habitude dont il se glorifie. Nombre de malades vantent ainsi leur clairvoyance. Ils savent, disent-ils, démêler la vérité et les rapports secrets des choses. Certains ont même, jusqu'à un certain point, conscience des inconvénients que peuvent présenter d'aussi singulières aptitudes : « Mon cerveau, écrit l'un d'eux, a la fâcheuse manie de percevoir dès la seconde même où ils se produisent de petits faits ou coïncidences et de les analyser et interpréter dès la seconde même. Cette habitude, en apercevant de petits détails, de faire malgré moi des hypothèses, remonte à mon enfance. »

En résumé, si la cause provocatrice du délire semble bien être un trouble affectif qui déclenche des aptitudes interprétatives latentes jusque-là, c'est la perversion intellectuelle qui transforme le jugement passionnel en idée délirante, et le fixe irrévocablement. L'abondance des interprétations dépend, sans doute, du coefficient émotionnel ; la fixité et l'incurabilité sont davantage liés à la déviation psychique. De cette dernière relève donc le caractère évolutif fondamental du syndrome : la chronicité.

Il est évident que le délire d'interprétation est une maladie chronique, et que son évolution est marquée par des périodes d'aggravation et de rémission.

Je serai très bref sur le traitement du délire d'interprétation. Psychose incurable, inébranlable, fonction du caractère même de l'individu, il échappe à la thérapeutique. Il serait vain, sinon dangereux, de vouloir rectifier les erreurs de jugement de l'interpréteur. Dans les rares cas où la psychothérapie peut être tentée sans inconvénients, il faut toujours agir avec prudence et par tâtonnements. Mieux vaut le plus souvent se contenter d'engager le malade à changer de milieu : on

obtient quelquefois, par ce moyen, des rémissions de durée variable.

Faut-il interner l'interpréteur? Non, s'il s'agit d'un individu inoffensif, car le séjour à l'asile ne ferait qu'exaspérer son délire, et lui imposer des souffrances inutiles. Oui, au contraire, si l'on craint des réactions agressives.

L'internement, à l'égard de ces sujets, n'est donc qu'une mesure de sécurité indispensable à prendre parfois, car certains interpréteurs sont les plus redoutables des aliénés. Je vous rappelle en effet, au point de vue médico-légal, que sous l'influence de leur délire, les interpréteurs peuvent commettre des délits contre la propriété, des attentats contre les personnes : diffamations, coups et blessures, meurtres. Leurs crimes sont longuement prémédités, soigneusement préparés, exécutés froidement. Leur irresponsabilité, non douteuse pourtant, est quelquefois difficile à établir en raison de leur lucidité et de leur habileté à dissimuler leurs idées délirantes; on risque alors de méconnaître la nature réelle de leur acte, et de l'attribuer à une vengeance d'ordre passionnel.

J'ai terminé, Messieurs. J'espère vous avoir suffisamment montré que, malgré les critiques d'ordre pathogénique ou nosographique qu'on lui oppose, le délire d'interprétation, loin d'être une conception théorique, correspond à des faits d'observation précis et se présente comme un type clinique, dont la simplicité des traits et l'homogénéité des signes lui assurent une autonomie comparable à celle des états psychopathiques les mieux définis.

---

## NOTES

DE

# PSYCHIATRIE MUSULMANE

Par le Dr FOROT

Chef du Centre neuro-psychiatrique d'Alger.

---

Jusqu'à la guerre actuelle, on n'avait vu dans les régiments de tirailleurs qu'une sélection d'engagés, amoureux de l'uniforme et de l'aventure, attirés par des avantages que contre-balançaient à peine des risques minimes. Le type légendaire de l'ancien « turco », brave et candide, farouche et bon enfant, s'est retrouvé à de nombreux exemplaires dans nos troupes d'Afrique.

Mais l'importante contribution militaire demandée à l'Afrique du Nord, les levées de classes entières, par appel, nous ont mis en présence de la véritable masse indigène, bloc informe de primitifs profondément ignorants et crédules pour la plupart, très éloignés de notre mentalité et de nos réactions et que n'avaient jamais pénétré le moindre de nos soucis moraux, ni la plus élémentaire de nos préoccupations sociales, économiques et politiques.

Aussi peut-on dire que jamais aventure ne fut plus extraordinaire pour un peuple, que cette guerre qui vint arracher à la vie archaïque de leurs douars ces « fellahs » paisibles pour les transporter brusquement devant l'appareil imposant de la vie militaire, les soumettre aux exigences d'une discipline rigide de tous

les instants et les jeter dans une vie où les plus scientifiques et les plus infernales inventions se dressaient devant leurs yeux qui ne connaissaient que la calme sérénité des horizons infinis ou l'hypnose de la grande lumière (1).

D'un coup, nous avons pu mesurer toute la résistance morale de certaines âmes simples, la force puissante de certains instincts primitifs comme aussi la misère de certaines indigences mentales et les déviations imprimées par la crédulité et la suggestibilité.

Fixer, même à grands traits, la psychologie de l'indigène musulman est malaisé, tant il y a de mobilité et de contradiction dans cette mentalité développée dans un plan si différent du nôtre et que régissent à la fois les instincts les plus rudimentaires et une sorte de métaphysique religieuse et fataliste qui pénètre tous les actes de la vie individuelle et de la vie collective.

Retenons simplement quelques lignes de cette complexion psychologique.

La vie affective est réduite au minimum et tourne dans le cercle restreint des instincts élémentaires, nécessaires à la vie et à sa conservation, satisfaits avec cet automatisme régulateur que la nature a su placer à la base même de leur accomplissement.

*Pas ou presque pas d'émotivité.* C'est un des faits les plus frappants chez l'indigène. Quelle que soit l'origine du calme et de la sérénité foncières du musulman, il n'est jamais un anxieux. Sa passivité n'est pas le fait d'une résignation réfléchie; elle est la manifestation spontanée d'un tempérament souvent atone; il vit dans le présent et le passé, assez insouciant de l'avenir (2), et son

(1) Je suis « buveur de soleil », nous disait l'un d'eux interrogé sur sa profession.

(2) « Cette impression d'immobilité des êtres et des choses que j'ai éprouvée dans l'Islam et qui donne en quelques minutes

esprit constitue l'opposition la plus flagrante en pays africain, avec celui de l'israélite toujours inquiet et préoccupé de l'avenir, essentiellement anxieux.

Aussi le musulman, d'une façon générale, n'a-t-il pas été trop troublé par les émotions de la guerre. Hormis le cas où il s'alcoolise et fait de l'anxiété secondaire à des hallucinations toxiques, on ne trouve guère chez lui le syndrome émotif ou anxieux. Les états psychasthéniques sont exceptionnels, si l'on veut bien ne pas s'en laisser imposer par certains états de mutisme et de dépression apparente plus pithiatiques que réels.

Mais il n'est pas exempt pour cela de toute réaction psychopathique quand se trouvent assaillis trop brutalement certains de ses instincts ou quand les circonstances extérieures révèlent certaines de ses tares mentales.

Quelque désolée et ingrate que soit parfois la terre qui les fait végéter, quelque misérable que soit souvent leur condition matérielle, les indigènes sont profondément attachés à leur sol (1).

Aussi le déclimatement et le dépaysement se sont-ils fait sentir durement pour beaucoup d'entre eux. La vie collective au régiment atténue pour la plupart ce sentiment du déracinement; un bien-être matériel, que presque tous ignoraient chez eux, endort un peu leurs regrets. Mais la *nostalgie* reste fréquente, soit au moment de l'incorporation, soit après quelque temps de campagne, surtout dans la vie douillette de l'hôpital.

---

l'illusion de leur durée, presque de leur éternité ». (Isabelle Eberhart : *Dans l'ombre chaude de l'Islam*, p. 116.)

(1) Il semble même que ceux qu'on appelle les « nomades » soient les plus fidèles aux « parcours » qu'ils suivent chaque année dans leur cycle régulier; les plus entreprenants, comme les Kabyles qui depuis des années viennent s'employer dans nos industries métropolitaines restent profondément rivés à leur petite patrie qu'ils rachètent chaque année, parcelle par parcelle, avec le fruit de leurs économies.

Il faut faire la part de la *débilité mentale* assez répandue dans ces masses ignorantes qui ne trouvent dans la vie de leur « bled » aucune sollicitation à l'éveil intellectuel. Quelques-unes de ces débilités sont foncières et rédhibitoires, mais beaucoup ne sont que relatives; l'éducation et la vie militaire auront grandement favorisé le développement de ces esprits primitifs; mais il leur est arrivé souvent d'emprunter à notre civilisation autre chose que ses qualités et de prendre vite nos défauts ou nos vices.

Ces réactions nostalgiques se font sous forme de *syndromes de stupeur et d'inhibition* assez divers, dont quelques-uns rappellent un peu la mélancolie, par l'inertie profonde, le refus d'alimentation, mais dont la plupart s'entremêlent de phénomènes pithiatiques fort singuliers.

Ce fut en effet une des surprises psychologiques de cette guerre que de nous révéler chez ces hommes primitifs la *fréquence et la facilité des accidents et des réactions pithiatiques*.

Les manifestations consécutives à l'incorporation sont fréquentes : crises hystériques violentes et brutales, surdi-mutités, astasies-abasies arrivent en grand nombre au Centre neurologique après l'appel de chaque classe.

Appliquée aux traumatismes de guerre, cette disposition d'esprit a des conséquences incalculables et crée des légions d'exagérateurs et de persévérateurs.

L'indigène musulman a une propension remarquable à la vie passive; chez lui, comme on l'a dit, la personnalité statique étouffe la personnalité dynamique.

Son esprit assez fruste et peu distrait s'applique de toute sa masse inerte au traumatisme initial et aux impotences fonctionnelles immédiates qui en sont la conséquence. Incapable de supputer les améliorations et



les suppléances possibles, l'image de ce déficit total et brutal s'ancre vite dans son esprit; une fois installée, elle y végète et s'y enracine profondément.

Le temps n'est rien pour ces persévérateurs indéfinis et l'on comprend, en les voyant, toute la vérité et la force du proverbe arabe : « Ce qu'il y a de meilleur dans le temps, c'est qu'il dure. »

Leur insouciance habituelle de l'avenir, leur absence bien connue de prévoyance, qui les stérilise au point de vue social dans la voie du progrès collectif, se manifeste ici individuellement pour les laisser dans une stagnation pathologique malheureuse.

D'une façon générale, l'esprit de l'indigène est *crédule* et *suggestible* à l'extrême. Pétri de soumission et de docilité religieuse, il est, de plus, la victime de toutes les superstitions qui représentent les formes frustes de la religiosité chez les simples. Mais cette suggestibilité et cette crédulité ne s'exercent, en général, que dans un sens déterminé par les intérêts, les instincts ou les croyances essentielles; la résistance intellectuelle se fait sous forme d'un *entêtement* tenace et insurmontable, bien différent de la psycho-plasticité mobile et polymorphe, parfois riche, du civilisé et de l'Européen. Aussi aboutit-elle à la production de formules grossières, véritable hystérie de sauvage, crises violentes et brutales, rythmées de la tête et du cou, persévération indéfinie d'attitudes caricaturales, faisant penser à la simulation, le tout entremêlé d'idées de possession (par les esprits, par les d'jenouns), sans véritable concept délirant.

Le pithiatisme chez les indigènes complète sa ressemblance avec nos anciennes hystéries médiévales par le coefficient collectif fréquent et la tendance facile à la généralisation par contagion.

Il faut souligner aussi, chez ce peuple, l'importance

dans la vie journalière et courante, de la *mimique*, des gestes, des convenances (1).

Cette importance énorme des gestes et des idées de superstition et de protection dans la vie normale explique bien quelle prépondérance prennent dans leurs manifestations mentales pathologiques les troubles de la mimique ainsi que les idées, gestes ou attitudes de protection à base superstitieuse.

Ces troubles de la mimique, l'étonnement et la gaucherie en milieu européen, l'ignorance de nos habitudes donnent facilement à de tels sujets un aspect « discordant ».

Il n'en faut pas plus pour que des confrères non familiarisés avec leurs mœurs aient pu se méprendre sur la signification exacte de cet état psychique, de ces troubles mimiques et les rapporter à des psychoses réelles (2).

Ce fonds de réduction intellectuelle avec crédulité et entêtement rapproche la formule psychique de l'indi-

(1) Dans leurs conversations sans objet, les salutations, les « *alamalek* », les souhaits tiennent presque toute la place; dans les lettres qu'ils écrivent, les formules de louange, de protection divine constituent l'énorme et interminable préambule à une modeste nouvelle livrée sans commentaire. Et tous ces souhaits, toutes ces formules de politesse sont des invocations inspirées toujours par des idées de protection, de conjurations contre des maléfices.

(2) On fait volontiers d'un indigène répondant au type que nous venons de décrire un *dément précoce*; pour peu que son inertie ou un refus alimentaire de cause rituelle (jeûne religieux du Ram'dan, grasse de porc) s'ajoute à cette attitude, on complète le diagnostic par la mention de « négativisme », « refus d'alimentation ». Leurs expressions, parfois très symboliques, la manifestation de leurs sentiments ou des formules parfois très représentatives surprennent ceux qui ne les connaissent pas; « tu es mon père » est une expression déferente et respectueuse souvent accompagnée d'une accolade qu'il ne faut pas prendre comme nous l'avons vu faire pour une « fausse reconnaissance »; l'expression « je suis mort », qui signifie simplement dans l'esprit d'un blessé son invalidité sociale ne doit pas être interprétée comme une « idée de négation », erreur que pourtant nous avons vu commettre.

gène musulman de celle de l'enfant. Ce *puérilisme mental* diffère pourtant de celui de nos enfants, en ce sens qu'on n'y trouve pas cet esprit curieux qui les pousse à des questions, à des pourquoi interminables, les incite à des rapprochements imprévus, à des comparaisons toujours intéressantes, véritable ébauche de l'esprit scientifique. Rien de semblable chez l'indigène, même intelligent. Nul appétit scientifique (1); pas d'idées générales; des syllogismes simples, parfois stupides dans leurs conclusions, lui suffisent et il s'y tient obstinément, sans aucun sens des contingences. Si, de ce fait, il possède un sens immédiat de la justice dont il faut savoir tenir grand compte, il a, comme corollaire, l'étoffe d'un revendicateur tenace et obstiné.

Quant aux psychopathies proprement dites que l'on peut rencontrer chez le musulman à l'occasion de la guerre, ce sont des formules simples : quelques confusions presque toujours à forme stupide; l'onirisme, rare, n'est le fait, chez lui, que de l'infection ou de l'intoxication. Les formes émotives ou anxieuses, nous l'avons dit, sont presque inexistantes; les formes dépressives sont bien moins rares; mais ce qui retient le plus l'attention, c'est l'existence fréquente des troubles de l'humeur et des *réactions excito-motrices*. C'est parfois la *manie* aiguë qui revêt souvent la forme *colérique*; d'autres fois existent des états d'agitation intermittente; les crises impulsives s'observent volontiers chez les anciens trépanés et les vrais commotionnés.

L'*alcoolisme* a causé bien des ravages sur ces organismes vierges et ces hommes qui, pour la plupart, n'avaient pas goûté aux boissons fermentées et aux

---

(1) Toute invention est pour lui un miracle; il met tout sur le même plan, l'allumette qui s'allume après un frottement, comme l'aéroplane qui passe au-dessus de sa tête.

liqueurs avant le service, s'y sont parfois adonnés avec cette immodération propre aux primitifs. Aussi avons-nous pu voir quelques formes mentales nouvelles et presque inconnues chez l'indigène, malgré une pratique d'une dizaine d'années dans ce pays : des délires chroniques à poussées paroxystiques, à thème de persécution et à *base hallucinatoire* manifeste. Chez tous les indigènes que nous avons eu à examiner après leur retour de France et qui présentaient des psychoses hallucinatoires, nous avons presque toujours relevé l'intoxication alcoolique. Cette intoxication revêt des formes violentes et dangereuses.

Par contre, nous n'avons pas rencontré encore un seul cas de *paralysie générale* indigène depuis la guerre, malgré la diffusion de la syphilis et les éléments nouveaux apportés à la vie mentale de ce peuple. L'imprégnation des méninges par le virus syphilitique n'est pourtant pas rare, comme l'a montré Sicard (1) et comme nous l'avons constaté nous-mêmes. Faut-il rapprocher cette immunité de l'absence presque constante de la constitution anxieuse chez l'indigène et faire du surmenage anxieux le facteur pathogène de la paralysie générale sur un cerveau syphilitisé? Il est en tout cas un fait : l'indigène musulman n'est jamais un surmené ; si ses fatigues sont excessives, il ralentit son activité et tombe ; il trouve dans sa passivité une défense naturelle contre toutes les sollicitations excessives.

---

(1) Soc. méd. des Hôpit., 7 juillet 1916.

# Médecine légale

---

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

## L'ÉTAT MENTAL DE K..... F...

### PRÉVENU D'ASSASSINAT

(DEUXIÈME EXPERTISE)

Par les D<sup>rs</sup> Max EGGER, François NAVILLE,  
et Paul-Louis LADAME

*Suite (1).*

---

III. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. FOLIE MORALE (« MORAL INSANITY »). FOLIE PUBÉRALE (HÉBÉPHRÉNIE). DÉMENCE PRÉCOCE. PSYCHOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE.

Nos honorables collègues de la première expertise ne parlent pas dans leur rapport de ces quatre formes de maladies mentales entre lesquelles le diagnostic peut seul hésiter, à notre avis. Ils se bornent à dire que F... K..... est « atteint de maladie mentale depuis plusieurs années et qu'il s'agit d'une psychose à évolution chronique et non point d'un délire transitoire ». Toutefois, bien qu'ils n'en prononcent pas le nom, il nous paraît indubitable qu'il s'agit pour eux d'un cas de « démence précoce ». Ils disent, en effet, dans le cours de leur rapport, à l'occasion des symptômes relevés chez l'inculpé :

---

(1) Voir les *Annales* de mars 1918.

« Ce tableau morbide n'est point nouveau pour l'expert en matière de maladies mentales; c'est même celui de la psychose la plus fréquente, à marche insidieuse, coupée de phases de négativisme et d'excitation, caractérisée par des bizarreries, des sautes d'humeur. Elle finit par détruire la personnalité psychique, si l'on peut dire ainsi. *Ceux qui en sont atteints sont capables de commettre à un moment quelconque, et sans que rien permette de le prévoir, l'acte le plus insensé.* »

Or, la description d'une semblable psychose ne peut se rapporter qu'à la « *démence précoce* ». C'est le D<sup>r</sup> Georges Weber, médecin de F... K.... pendant plusieurs années, qui a porté le premier ce diagnostic. « A mon avis, a-t-il dit dans sa déposition du 31 mai dernier, F... est atteint de *démence précoce* et son état s'est aggravé depuis deux ans. »

Avant d'exposer les motifs qui nous déterminent à rejeter ce diagnostic, nous nous sentons pressés de déclarer que nous comprenons parfaitement les raisons qu'ont eues nos confrères pour l'accepter et que, si nous ne partageons pas en ceci leur manière de voir, nous ne la considérons pas moins comme légitime, étant donné le point de vue auquel ils se sont placés. Nous savons que leur avis, basé sur les travaux d'une célèbre école de psychiatrie, celle du professeur Kraepelin, de Munich, doit être pris en sérieuse considération. Nous pensons donc leur témoigner la haute estime que nous éprouvons pour leur science et pour leur opinion en soumettant leurs conclusions à une rigoureuse étude critique. Nous allons être obligés d'entrer dans des considérations un peu spéciales et de nous servir des termes usités en clinique mentale. Nous en demandons pardon d'avance à tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec la langue des psychiatres. Il ne peut y avoir entre nos collègues et nous aucune divergence de vues quant à la constatation des symptômes actuels présentés par l'inculpé. Le désaccord réside uniquement dans l'interprétation différente que nous donnons à ces symptômes.

Passons rapidement en revue les divers diagnostics qui peuvent être posés et discutés, selon nous, dans le cas de F....

1<sup>o</sup> *Folie morale*. — Ce qui frappe tout d'abord chez

K..., c'est l'absence absolue de sentiments moraux, ce que nous avons appelé son « idiotie morale ». Les incertitudes, les variations et les contradictions des psychiatres au sujet de la *folie morale* ont beaucoup contribué à discréditer cette doctrine devant les tribunaux. Il était si facile de montrer des déficits moraux chez tous les criminels. Mais la difficulté était de prouver leur nature pathologique. Quand le déficit moral s'accompagne de troubles intellectuels prononcés, on ne peut avoir aucun doute sur l'irresponsabilité du délinquant, mais lorsque, comme c'est le cas chez F..., la folie morale n'est associée qu'à l'insuffisance intellectuelle, même poussée à un haut degré, on ne peut affirmer qu'il y ait « aliénation mentale » au sens juridique du mot, c'est-à-dire changement pathologique de la personnalité, sous l'influence d'une psychose intercurrente.

On s'accorde aujourd'hui à définir comme suit le fou moral :

Les fous moraux, a-t-on dit, sont des instables et des impulsifs. Ils ont en horreur le travail sérieux, restent toujours puérils et vaniteux; ils ont une très haute opinion d'eux-mêmes, se croient plus rusés et plus intelligents que tout le monde, manquent absolument de cœur et de sentiments altruistes, n'acceptent aucune observation et ne se soumettent à aucune discipline. Ils se montrent en tout temps cyniques et professent un égoïsme sans bornes.

C'est le portrait absolument fidèle de K..., qui, sans nul doute, est un véritable fou moral. C'est le *reo nato* de Lombroso; le criminel né. Cependant, nous ne pouvons en rester à ce diagnostic, car la *moral insanity* n'est pas une maladie par elle-même. Il faut aller plus profondément dans l'analyse psychologique du fou moral, et l'on trouve alors que les symptômes de ses déficits moraux recouvrent une constitution cérébrale morbide, qui s'appelle en clinique la « dégénérescence mentale ». K... est un *psychopathe dégénéré*. Nous espérons le démontrer tout à l'heure. Mais reprenons la discussion du diagnostic différentiel de son cas.

2° *Folie pubérale ou hétérophrénie*. — Cette forme est semblable dans ses manifestations à la « *moral insa-*

nity », dont elle a été rapprochée. Ce qui la caractérise, c'est son début à l'âge de la puberté. L'enfant, jusqu'alors affectueux, actif, laborieux, intelligent, discipliné, de bonne conduite, devient peu à peu distrait, négligent, paresseux, indifférent, oublieux, n'a plus d'entrain, ni pour le travail, ni même pour ses jeux. On met tout ça sur le compte de sa mauvaise volonté, de sa paresse, mais ni les punitions ni les encouragements n'y font rien. Un des caractères les plus constants et les plus importants de cette maladie mentale, signalé par de nombreux auteurs, se manifeste par les *impulsions* (1) soudaines qui sont communes aux hébéphréniques et aux psychopathes dégénérés. L'impulsion au suicide, pour les motifs les plus futiles ou même sans motif apparent, est extrêmement fréquente chez les uns comme chez les autres. Mais quelque analogie que nous constations entre ces deux formes cliniques de psychopathies, il n'en reste pas moins vrai qu'il existe entre elles de notables différences. Kraepelin a fait de l'hébéphrénie un chapitre de sa « démence précoce ». C'est donc en traitant de celle-ci que nous en ferons ressortir les caractères du diagnostic différentiel.

3° *Démence précoce*. — Celle-ci nous arrêtera un peu plus longtemps puisqu'elle est le pivot de toute notre discussion. Rassemblant en un bloc unique des groupes épars de maladies mentales, étudiés séparément jusque-là, l'hébéphrénie ou démence juvénile, la catatonie de Kahlbaum et la dégénérescence paranoïde à délire systématisé, le professeur Kraepelin, dont nous venons de

(1) L'*impulsivité* est une réaction automatique positive.

Il faut distinguer trois groupes d'*impulsions* qui sont les symptômes de diverses affections mentales :

1° Les impulsions *passionnelles* ou *affectives* qui sont fréquentes chez les *psychopathes constitutionnels*, dont K..... est un exemple. Son impulsion au meurtre de Vachoux a été déclenchée par la peur, en dehors de toute réflexion.

2° Les impulsions *simples*, exclusivement automatiques, sans l'ombre d'un motif.

3° La *stéréotypie*, tendance anormale à conserver les mêmes attitudes, à répéter les mêmes paroles et les mêmes mouvements (verbigération).

Ces deux derniers groupes d'impulsions sont caractéristiques de la *démence précoce*.



parler, a créé un vaste ensemble nouveau qu'il a réuni en un seul groupe, auquel il a donné le nom de « démence précoce », forme d'aliénation déjà entrevue par deux illustres médecins-aliénistes français, Jean-Etienne Esquirol et Bénédict-Auguste Morel. C'est dans ce groupe hétérogène que nos collègues font rentrer le cas de K..... Ils se conforment ainsi aux traditions de l'école kraepelinienne qui a étendu de plus en plus le cadre, déjà excessif, de la démence précoce, et y a introduit peu à peu de nombreuses variétés de psychoses chroniques que l'on rattachait jadis à la folie hystérique, à la manie et à la mélancolie (pour les cas qui ne rentrent pas dans sa psychose maniaco-dépressive), et surtout enfin à la dégénérescence mentale. MM. Weber, Prevost et Blanchard se rattachent donc à cette nouvelle école psychiatrique, tandis que nous restons fidèles à l'école classique que l'on pourrait appeler l'école française, quoique de célèbres psychiatres allemands, Schüle et Krafft-Ebing, entre autres, y aient donné leur adhésion. Mais après Morel, c'est à Magnan (1) et à ses élèves, nul ne l'ignore, que nous devons l'étude approfondie de la dégénérescence psychopathique (2).

Nos collègues motivent leur diagnostic de démence précoce par les raisons suivantes :

(1) Le docteur *Magnan*, né à Perpignan en 1835, est mort le 2 octobre 1916.

(2) A propos de l'extension abusive qui a été faite de sa « démence précoce » par quelques-uns de ses adeptes, le professeur Kraepelin a lui-même protesté contre ces exagérations dans la dernière édition de la *Psychiatrie*.

Voici, en effet, ce que nous lisons dans le III<sup>e</sup> volume de son *Lehrbuch* (8<sup>e</sup> édition) *Psychiatrie clinique*, 2<sup>e</sup> partie, Leipzig, 1913, sous la rubrique : p. 667, IX, *Die endogenen Verblödungen*; p. 670, A. DIE DEMENTIA PRÆCOX; p. 909, *Ursachen*; p. 926 : (Voici la traduction) : Bleuler est enclin à étendre extraordinairement loin le cadre de la « schizophrénie latente » et d'y faire entrer toutes les personnalités psychopathiques possibles... Mais comme les signes cliniques les plus marqués ne permettent même pas toujours de conclure sûrement à l'existence d'une maladie déterminée, ce n'est certainement que tout à fait exceptionnellement que l'on pourra trouver les qualités personnelles suffisamment caractéristiques pour découvrir une démence précoce étouffée dans l'œuf.

a) La maladie aurait débuté vers l'âge de quinze à seize ans. Il est vrai, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que les dérèglements de F... K... ont commencé à se manifester au moment de sa crise pubérale; mais rien ne nous autorise à penser que ce fût alors le début d'une maladie mentale nouvellement éclosse qui aurait transformé profondément le caractère de Fuad.

Les contradictions ne manquent pas, du reste, quant à la date d'un changement de caractère de K.... Suivant M. le professeur Süß, dont nous avons déjà rappelé le témoignage, ce serait au printemps de 1915 seulement (K... était alors âgé de vingt et un ans) que ce changement aurait eu lieu. Dans sa déposition du 7 janvier 1916, M. Süß a dit aussi : « J'ai eu F... K... comme élève en 1914 et en 1915. Il s'est mis courageusement au travail, et m'a donné toute satisfaction; mais au mois de mars 1915, j'ai constaté chez lui un *changement de caractère* que j'ai attribué à l'influence qu'a exercée sur lui une relation de femme que j'ai connue seulement à ce moment. » Nous savons que M. Süß considère K.... comme un grand débile, *qui restait ce qu'il était*, mais qui se dévoyait « au point de vue sexuel et moral ».

On a souvent répété depuis Esquirol : « L'idiot est un homme qui n'a jamais possédé de fortune au point de vue intellectuel, tandis que le dément est l'homme qui a perdu la fortune qu'il possédait autrefois. » Sans être idiot, intellectuellement parlant, K.... est semblable à cet homme qui n'a jamais possédé de fortune intellectuelle, car, nous l'avons vu, et tous ses maîtres l'ont proclamé à l'envi, jamais F... n'a pu acquérir, comme ses condisciples normaux les connaissances scolaires qu'on s'efforçait de lui inculquer. Son infirmité cérébrale est constitutionnelle, caractérisée par un arrêt de développement de toutes les facultés psychiques supérieures, qui constituent la vie mentale de l'homme sain, arrivé à l'âge adulte. Ainsi F... n'a pu perdre ce qu'il n'a jamais possédé. Ce n'est pas un dément précoce, c'est un débile psychopathe congénital.

B) *L'opinion des témoins.* — Un second argument avancé par nos collègues pour démontrer la réalité de la « psychose chronique » qu'ils admettent chez K...

est tiré des dépositions de beaucoup de témoins, dont nous pourrions récuser la compétence psychiatrique.

Écoutons-les cependant; leur témoignage a sa valeur lorsqu'on en dégage la véritable signification, et il va confirmer notre manière de voir, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer.

Il convient de grouper ces témoignages par catégories distinctes :

1° *Les membres de la colonie turque à Genève.*

M... O... (vingt-huit ans), assez longtemps chef de cuisine chez M. K... père, a fait sur la demande de F... une démarche auprès de son père pour qu'il lui pardonne sa nouvelle *escapade* (F... avait quitté le domicile paternel où il se sentait « trop surveillé », dans de bizarres circonstances, dont le rapport de nos collègues expose avec détails les incidents grotesques). F..., n'acceptant pas les conditions mises par son père à son retour dans sa famille, ce dernier déclara qu'il ne voulait plus s'en occuper. Le lendemain du crime (le dimanche 5 décembre 1915), M... se rendit de nouveau auprès de F... qui lui remit le revolver réclamé par son père et lui annonça, d'un air chagrin, que les gendarmes le cherchaient, parce qu'ils avaient trouvé son chapeau. « Mais je ne sais où je l'ai perdu, ajouta-t-il, attendu que j'étais ivre ». Au sortir de chez F..., M... O... fut arrêté par les agents de police auxquels il remit le revolver. Il n'y a pas un mot dans toute cette déposition qui laisse supposer que le cuisinier des K... ait tenu F... pour aliéné.

A... D... (dix-sept ans) dit que F... était un garçon gentil, parfois *étrange*, et qu'il ne peut concevoir le mobile qui a poussé K... à commettre l'acte qui lui est reproché.

A... S... (seize ans et demi) a aussi constaté que K... était *étrange*, tenant des *propos incohérents*. Le témoin ne cite pas ces propos, mais il ajoute : « K... avait quitté ses parents. Il m'avait dit qu'il s'amuseait et fréquentait les bars. Il m'a dit aussi que son père voulait le faire interner. »

M... C... (vingt-cinq ans), étudiant, était au Casino

de l'Espérance le vendredi soir, quelques heures avant le crime, K... vint vers lui et lui apprit qu'il avait de nouveau quitté sa famille, dans laquelle il était trop surveillé.

Ce soir-là, dit M. C., K.... n'avait pas *son air habituel*, mais je ne m'en suis pas autrement occupé.

M... B... (trente-six ans) a vu K... au bar Maxim, qui lui a dit que son père et sa mère étaient *fous*, et qu'il voulait partir pour Constantinople. On dit dans la colonie turque, ajoute le témoin, que M<sup>me</sup> K... est malade, sujette à des troubles nerveux et à des hallucinations, et que *le fils passe pour un jeune homme étrange*.

O... C... (vingt-neuf ans), étudiant, oncle de F..., qui a habité chez nous, dit-il, durant deux mois. « *Il m'a paru un peu fou*. Il a même commis un détournement d'argent au sujet duquel j'ai porté plainte, après avoir été accompagné du père, auprès du Directeur de la police. A ce moment déjà (septembre 1915), F... fréquentait les bars et menait une vie un peu déréglée. Il arrive parfois que F... faisait des *excentricités*, mettant des chapeaux et des chemises de ses sœurs. »

C... G... (trente-cinq ans), docteur en droit. Je connais la famille K... depuis son arrivée à Genève, soit depuis cinq ans. M. K... père est un neurasthénique et M<sup>me</sup> K... a souvent des crises avec évanouissements et hallucinations. Le fils K... m'a toujours paru un *être étrange*, avec des *manières excentriques*. M. K... m'a dit qu'il avait de graves sujets de mécontentement concernant la conduite de son fils dont il avait demandé l'internement, mais que ses démarches n'avaient pas abouti. »

A... Y... (cinquante-cinq ans), agronome. « Je suis ami de la famille K... depuis son arrivée à Genève. Le père et la mère sont de braves gens; le fils F... m'a toujours fait l'effet d'un être *anormal, indolent et paresseux*. J'ai appris qu'il avait quitté la maison paternelle par désir d'indépendance... M. K... m'a mis au courant de ses démarches pour l'internement de son fils. »

R... M... (cinquante-cinq ans), ancien préfet de Constantinople. « Je connais la famille K... depuis plus

d'un an et je partage la manière de voir de M. A..., tant en ce qui concerne M. et M<sup>me</sup> K... que leur fils F..., que *je considère comme un être anormal.* »

R... A... (quarante-cinq ans), ancien ministre turc. « Je connais M. K... père depuis plus de vingt ans, et je fréquente sa famille, à Genève depuis un an, confirme la déclaration d'A..... M. K... m'a aussi fait part de son intention de faire interner son fils, chez lequel j'ai constaté des manières *étranges* et peu naturelles. »

S... B..., enfin (trente-quatre ans), conseiller d'Etat turc. « Je confirme, en ce qui me concerne, les dépositions qui vous ont été faites tant sur M. et M<sup>me</sup> K... que sur F... »

Où trouver, dans toutes ces dépositions, quoi que ce soit qui justifierait le diagnostic d'aliénation mentale. F... K... est considéré par ses compatriotes comme un jeune homme *étrange*, qui mène une vie désordonnée, commet des *excentricités* ; son oncle va même jusqu'à dire qu'il lui a paru *un peu fou*, mais on chercherait en vain, dans tous ces témoignages, le moindre fait qui indiquât la présence d'une « psychose » chez K..., tandis que tous les témoins sont d'accord pour voir en lui un *anormal*, ce que nous appelons, en psychiatrie, un « psychopathe ».

## 2° Les témoignages de ses maîtresses et des sommelières des brasseries.

D<sup>lle</sup> C. M..., dix-neuf ans, connaît K... depuis environ quinze mois. « J'ai entretenu avec lui des relations d'amitié qui par la suite ont pris un caractère plus intime, K... ayant promis de m'épouser. A mon égard, K... se montrait très jaloux et à plusieurs reprises il m'a même menacée, me disant que s'il me voyait avec quelqu'un d'autre il me tuerait. Il avait toujours sur lui un revolver, et il lui est parfois arrivé de m'appliquer le canon de son revolver contre la figure. »

« K... a proféré des menaces de mort en ma présence, soit contre son père, soit contre mon propre père, parce que l'un et l'autre le considéraient comme *fou* et parce qu'ils mettaient empêchement à notre mariage. »

« K... était par moment fort *étrange*, et je considère que l'acte qu'il a commis est *celui d'un fou*. »

Mais, avant son crime, M<sup>lle</sup> G. H... ne considérerait certes pas K... comme un fou, puisqu'elle avait accepté de devenir sa femme !

D<sup>lle</sup> B... *Eugénie*, vingt-quatre ans, artiste, qui fut quelque temps la maîtresse de K..., et à laquelle il racontait toutes ses affaires, dit entre autres : « Dans mes relations avec K... ce dernier m'a paru *étrange*, mais il ne m'a jamais menacée, ni maltraitée. Il m'a souvent fait l'effet d'être dans le vague, il avait l'air hébété et l'œil hagard. »

D<sup>lle</sup> L. C. *Juliette*, dix-huit ans, danseuse, a fait connaissance de K... au bar Maxim's, où elle remarqua son air triste et soucieux. K... a passé la nuit chez elle et lui a dit : « Je veux aller voir mon père pour faire la paix, et si cela ne s'arrange pas, ou lui ou moi y passera. » Elle ajoute dans sa déposition, du 14 décembre 1916 : « Cette nuit-là je n'ai pas dormi, de crainte d'être tuée par K... et le lendemain j'ai dit à mon propriétaire : « Cet homme est *piqué* (1) et il me fait peur. »

Cette expression de « *piqué* », inconnue chez nous, dans la Suisse romande, est courante à Paris. Elle signifie que l'individu est moins touché que l'homme « *toqué* ». C'est un diminutif de « *maboul* ». Elle correspond exactement en langage vulgaire à ce qu'on connaît en psychiatrie sous le nom de « *psychopathe* ».

Nous ne relevons ces dépositions, si peu probantes pour conclure à la folie de K..., mais toutes à l'avantage de la thèse que nous défendons, que parce qu'elles constituent une série « d'appréciations sur la mentalité de l'inculpé », comme le disent nos collègues. Ils attribuent de même au sentiment de M. P..., du garage d'automobiles de la rue Thalberg, une signification qu'il ne nous paraît pas comporter. M. P... « a toujours considéré K... comme un *déséquilibré* et n'ayant pas le sens réel des choses ». Ceci témoigne certainement en faveur d'une « *psychopathie* » plutôt que d'une *aliénation mentale* proprement dite.

(1) Pour le mot *piqué* voir le *Journal des Débats* du 31 mai 1916 sous le titre « *Croquis de Paris* ».

3° *L'avis des maîtres de F... K.....*

Nous avons déjà rapporté plus haut les témoignages de maîtres de F... K... Nous n'avons donc pas à y revenir ici. Tous sont unanimes pour le considérer comme un anormal, dévoyé et déséquilibré, mais point du tout comme aliéné. M. Süß, spécialement, insiste sur ce point. « Il s'agissait, dit-il, d'un entraînement (à la mauvaise conduite) par les femmes, habitudes de bars, etc., mais *non pas d'une bizarrerie mentale avec allures frappantes d'excentricité.* » M. Mercier a dit aussi : « Je n'ai jamais constaté de bizarrerie ou de folie chez lui, mais bien une énorme lacune intellectuelle. » On ne saurait être plus catégorique.

Nous mettons à part l'opinion des médecins, qui mérite une considération spéciale.

4° *L'opinion des médecins.*

Voyons si les médecins qui ont été appelés à soigner K.... sont d'un avis différent. Leur opinion est assurément d'un bien plus grand poids que toutes les précédentes.

Les D<sup>rs</sup> Mayor et Eugène Revilliod n'ont examiné K... qu'au point de vue corporel. Ce dernier nous apprend que le père de F... lui avait manifesté l'intention de faire examiner son fils au point de vue mental et de le placer dans un établissement spécial. C'est aussi ce que rapporte M. Tcheraz Sarkis, dentiste, qui a constaté chez F... des excentricités et des allures anormales.

Le D<sup>r</sup> Djemil Paeha dépose : « Je n'ai jamais été appelé à m'occuper de F..., sauf un mal de ventre sans intérêt. J'ai toutefois été surpris ce jour-là de l'attitude de F..., qui n'a pas voulu que je l'examine pour l'indisposition dont il disait souffrir. » On serait peut-être tenté de voir là un symptôme de « négativisme », comme cela s'observe fréquemment dans la démence précoce. Mais ce n'est pas autre chose, à notre avis, que le signe de l'inertie, de l'entêtement et de « l'indocilité », bien connu des faibles d'esprit, car nous n'avons

jamais noté chez F..., au cours de nos examens, aucun indice véritable de « négativisme ».

Le D<sup>r</sup> *Arabian*, médecin de la famille K....., n'a jamais eu à s'occuper de Fuad qu'occasionnellement pour une grippe sans importance. « Je n'ai jamais, dit-il, été appelé à procéder à un examen mental de F.... »

La déposition du D<sup>r</sup> *F. Rolland*, de Divonne, revêt à nos yeux une importance particulière, ce collègue étant connu comme un neurologue distingué. Or voici ce qu'il a dit : « Il y a quatre ans j'ai eu dans mon établissement, à Divonne, M., M<sup>me</sup> et le fils K..... J'ai surtout soigné M<sup>me</sup> K... pour troubles et faiblesse nerveuse et hystérie. Je me suis occupé aussi du fils F..., qui m'a paru un *débile mental, sans volonté et sans sens moral*, mais F... s'est montré *réfractaire* au traitement approprié auquel je voulais le soumettre (c'est le symptôme de l'*indocilité* entêtée dont nous venons de parler).

« Je considère que le jeune F... présentait des symptômes d'une *hérédité fâcheuse* et bizarre, et qu'il était *inconscient* et *amoral*. » (Il y a par une erreur sans importance *anormal* au lieu de *amoral*, dans le rapport de nos collègues.)

Nos collègues, qui attachent aussi de l'importance à l'avis de M. Rolland, notent qu'il a « presque formulé un diagnostic ». Nous pensons, nous, qu'il l'a formulé très nettement, et que ce diagnostic répond exactement au nôtre. Les termes mêmes dont s'est servi le D<sup>r</sup> Rolland indiquent sans aucun doute la présence chez F... d'une *psychopathie dégénérative*.

Reste enfin le témoignage du D<sup>r</sup> *Georges Weber*, le seul qui parle de *démence précoce* sans nous dire cependant sur quoi il base ce diagnostic. Mais il ajoute : « Depuis cinq ans la famille K... m'a appelé à donner des soins à F..., qui m'a toujours paru un *jeune homme déséquilibré*... et qui se montrait *impulsif*. » Ce sont là les caractères de la « *dégénérescence mentale* » et non pas ceux de la « *démence précoce* ».



5° *L'avis de M. le professeur Rodolphe Weber, médecin-directeur de l'asile cantonal des aliénés à Bel-Air.*

Nous avons tenu à discuter spécialement l'opinion de M. le professeur Weber, parce qu'elle prime à nos yeux toutes les autres et qu'en vertu de la situation de son auteur, elle lui confère une autorité incontestée comme spécialiste.

Nous possédons trois documents où se trouve la pensée de M. Weber sur l'état mental de F.... Sa déposition comme témoin le 7 janvier 1916. Puis un premier rapport provisoire sur cet état mental, daté du 11 mars 1916 et adressé à M. le juge d'instruction. Enfin le rapport d'expertise du 30 avril 1916, qu'il a signé avec MM. Prevost et Blanchard. Nous pouvons suivre ainsi le développement progressif de ses opinions psychiatriques sur le cas de F....

Dans sa déposition de janvier, M. Weber dit : « J'ai été appelé, en 1913, à examiner F... K....., sur la demande de la famille. Déjà à ce moment j'ai eu l'impression que je me trouvais en présence d'un individu qui ne ferait rien de bon et que je considérerais comme un *anormal*.

« Au mois d'avril 1915, sur la demande d'amis de la famille K....., j'ai délivré une déclaration de l'examen que j'avais fait en 1913, mais il n'y a pas eu de suite et je n'ai plus été appelé à examiner K.....

« Je ne puis en ce moment me prononcer sur l'état mental de K..., sur son degré de responsabilité, et j'estime que sa mise en état d'observation est nécessaire. »

La première impression de M. le professeur Weber fut donc que F... était un *anormal*. Un fin diplomate a dit : « Méfions-nous de notre premier mouvement, c'est le bon. » Fidèle à cette maxime, M. Weber doutant encore s'il a devant lui un *anormal* ou un véritable aliéné demande, avec grande raison, la « mise en observation » de F... avant de se prononcer catégoriquement sur le cas.

Son premier rapport provisoire à M. le juge d'ins-

truction nous apprend pourquoi il n'a pas donné suite à sa proposition de mettre F... en observation à l'asile de Bel-Air.

« Pareille mesure, dit-il, ne paraît pas s'imposer à l'heure qu'il est; *F... n'est pas atteint actuellement d'une maladie mentale aiguë, nécessitant des soins immédiats.* Elle (la mesure) ne serait pas justifiée par des indications thérapeutiques, et suivant le domicile des experts l'exécution n'en rendrait leurs visites que plus difficiles. *Il appartiendra à ces aliénistes d'établir si l'on ne se trouve pas bien plutôt en présence d'un crime commis par un individu dont la psychose a débuté il y a plusieurs années déjà. L'examen mental de K... peut donc être continué en prison.* »

M. Weber ajoute : « Si déjà, en 1913, la conduite de F... m'avait inspiré des doutes sur son intégrité mentale, — doutes si accentués que je recommandai son placement dans un asile — il est compréhensible qu'après l'assassinat du chauffeur Vachoux, la responsabilité du prévenu me paraisse encore beaucoup plus sujette à caution.

« En effet, au cours de mes examens, je fus de plus en plus frappé de l'indifférence de l'accusé. S'il regrette son acte, c'est en somme parce que cela l'a conduit à la prison où « il s'embête ». C'est ce qu'il me répète chaque fois, mais sans manifester de compréhension tant soit peu adéquate de sa situation.

« En l'interrogeant sur les motifs qui le firent tirer sur le chauffeur, je n'obtins point d'explication acceptable non plus.

« On pourrait admettre ici qu'il dissimulât; mais cette hypothèse est réfutée par le fait que ses réponses sont tout aussi peu précises lorsqu'on lui pose des questions tout à fait indifférentes. A tout instant il dit : « Je ne sais pas. Demandez à mon père. Mon père doit le savoir, etc. ».

« Cette apathie ne saurait coexister avec une mentalité à peu près normale.

« Pour ces motifs je conclus : *qu'il est parfaitement justifié de soumettre K.... à un examen psychiatrique approfondi*, et pour lequel, ainsi que vous me l'avez fait entrevoir, plusieurs experts seraient désignés. »

M. Weber a fait un pas de plus dans la direction du diagnostic de « *démence précoce* ». Il parle déjà de *psychose chronique*, il insiste sur l'*indifférence* et l'*apathie* de l'accusé, qui sont d'importants symptômes de cette maladie mentale, et l'ont fait confondre plus d'une fois avec la folie morale. Toutefois, il ne se prononce pas catégoriquement.

Dans le dernier rapport d'expertise, signé par nos trois confrères, nous ne trouvons pas non plus ces mots de « *démence précoce* », ainsi que nous le rappelions tout à l'heure. Cette réserve de nos collègues qui les empêche de nommer la maladie mentale dont ils ont fait le diagnostic, serait-elle peut-être l'indice d'une certaine indécision dans le choix de la rubrique où il conviendrait de classer le cas de K..... en pathologie mentale ?

Quoi qu'il en soit nos collègues ont préféré parler simplement de « *maladie mentale à évolution chronique* », sans spécifier de quelle sorte de *psychose* il s'agissait. Pour motiver leurs conclusions, les premiers experts accordent, avec raison, une grande importance au fait que M. le professeur Weber « *avait déjà endossé, en 1913, la responsabilité d'un internement de F..., en offrant de fournir le certificat nécessaire à cela* ». Nous reconnaissons ici le tact médical averti du praticien expérimenté, sachant conseiller en temps opportun la mesure tutélaire qui préviendra les catastrophes. Si M. Weber avait été écouté, de grands malheurs auraient été évités. Mais nous ne pouvons pas conclure de là que F... K..... était atteint d'une *psychose particulière*. Son internement s'imposait parce que son *inconduite*, ses vols répétés, ses fugues, sa paresse, ses *excentricités*, en faisaient un individu anormal et dangereux. Du reste, le certificat de M. Weber ne se prononçait pas sur la nature de la « *maladie mentale* » dont il reconnaissait que F... était atteint ; il se bornait à recommander sa *mise en observation* à l'asile, ce que les médecins ont coutume de faire lorsqu'ils n'ont pas encore pu établir un diagnostic précis et motivé.

Il résulte de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, qu'à notre avis F... K..... n'est pas atteint d'une *psychose proprement dite*, soit de « *démence*

précoce », mais bien d'une infirmité mentale congénitale, la *psychopathie dégénérative*, dont nous avons suffisamment caractérisé les symptômes, chemin faisant, pour n'avoir pas besoin de nous y arrêter ici plus longuement. Pour nous, F... K..... n'est donc pas un *aliéné*, au sens restreint du mot ; c'est un *psychopathe dégénéré* (1) ?

Nous répondrons donc à la première question :

*Au moment où il a commis son acte, K..... n'était pas atteint d'ALIÉNATION MENTALE, sous forme d'une psychose à évolution chronique, mais d'une véritable DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE dont il nous reste à apprécier l'influence sur sa responsabilité.*

(A suivre.)

---

(1) Outre les symptômes déjà mentionnés (folie morale, stigmates psychiques, etc.), nous ajouterons ici « la maturité retardée », qui est un trouble *dégénératif* du développement. Normalement, le caractère est formé au début de la troisième décennie d'années, tandis que chez les psychopathes elle n'a lieu qu'à la fin de cette décennie ou même après trente ans. Puis, nous signalerons aussi les *irrégularités* du développement psychique, qui est déséquilibré, se fait par bonds imprévus, après des temps d'arrêt plus ou moins prolongés.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1918

**Présidence de M. H. COLIN, président.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Bonhomme, Delmas et Dupouy, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legras qui, souffrant, regrette de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. René Charpentier, qui a bien voulu accepter les fonctions de secrétaire de séance. Il est invité à prendre place au Bureau ;

3° Une lettre de M. le professeur Funaioli, de Milan, qui présente sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Vallon, Vigonroux et Semelaigne, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Landau, professeur à l'Université de Berne, qui demande à faire partie de la Société comme membre associé étranger. — Commission : MM. Fillassier, Truelle et Roubinovitch, rapporteur.

## *Rapports de candidature.*

M. RITTI. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Arnand, Legras et Ritti de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Auguste Wimmer, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger.

M. Wimmer est directeur de l'hôpital Saint-Jean,

le grand asile d'aliénés du Danemark, qui a fêté en 1916 le centenaire de sa fondation. A cette occasion, le corps médical de cet établissement a publié un superbe volume jubilaire, contenant, outre l'historique et la description de l'hôpital, des travaux scientifiques d'une incontestable valeur, parmi lesquels ceux de M. Wimmer occupent une place des plus distinguées.

Notre confrère a soutenu sa thèse de doctorat en médecine à l'Université de Copenhague en 1902, sur un sujet de médecine mentale : « La paranoïa émotive ». S'appuyant sur la distinction établie par Magnan entre le délire chronique systématisé et les délires paranoïaques des dégénérés, il s'est appliqué à démontrer que ces derniers ne constituaient pas un véritable processus maladif, mais n'étaient en réalité que l'évolution en quelque sorte physiologique d'un terrain morbide, le *tempérament paranoigène*, que notre regretté collègue, le professeur Ball, appelait le *tempérament paranoïaque*. Ce tempérament paranoigène inné imprime au sujet qui le possède un cachet particulier ; il oriente son délire dans une direction spéciale quant à son contenu, soit vers les idées de persécution, soit vers les idées mystiques, ou bien encore vers les idées processives, etc.

Cette thèse, qui a près de 150 pages, est une étude des plus fouillées, et apporte à l'appui des idées qui y sont développées de nombreuses observations cliniques. Ce qui frappe surtout dans ce travail inaugural, c'est la connaissance approfondie que possède son auteur de la littérature médico-psychologique française, et l'on est heureux d'y voir citées les œuvres de nos grands maîtres, tels que Baillarger, Falret, Lasègne, Morel, Magnan, etc.

Un autre travail de notre confrère et qui forme une sorte de pendant au précédent, est celui qu'il publia, en 1916, sur les « Psychoses psychogènes ». Il s'agit de ces délires qui naissent et évoluent sous l'influence d'un « trauma psychique », d'une émotion-choc, d'un conflit mental interne, agissant sur un terrain prédisposé : ce sont les états dépressifs, la stupeur, le délire onirique, le délire hallucinatoire, toutes formes qui se développent sur ce terrain spécial que notre collègue, M. Dupré, a nommé constitution émotive.

En 1909, M. Wimmer publiait une monographie très complète sur « les enfants dégénérés », dans laquelle il étudie avec le plus grand soin et en clinicien averti, les multiples et diverses modalités que prend la dégénération mentale dans l'enfance. De ce volume, on doit rapprocher un mémoire consacré à des « recherches sur les états de dégénérescence mentale chez des enfants abandonnés à l'Assistance publique », et chez lesquels il a pu constater, comme nombre d'autres observateurs, la très grande fréquence des diverses anomalies mentales.

En Danemark, comme dans les autres pays, s'observent de nombreux aliénés parmi les délinquants. Dans un discours prononcé, en 1911, à la réunion des criminalistes danois, M. Wimmer a eu l'occasion de le rappeler et a insisté sur la nécessité d'un examen médical obligatoire de certaines catégories de délinquants, tels que les délinquants séniles, les pyromanes, les meurtriers, etc., parmi lesquels se trouvent quantité de prévenus atteints de troubles mentaux. Nous ne pouvons que féliciter notre confrère d'avoir entrepris cette campagne dans son pays et lui souhaiter le plus grand succès auprès de la magistrature, à laquelle il s'adressait.

Comme on le voit, l'activité intellectuelle de notre savant confrère est très grande ; mais nous n'avons pas tout dit. Aliéniste distingué, ainsi que le prouvent les travaux que nous venons d'analyser rapidement, M. Wimmer est aussi un neurologiste de mérite. On lui doit des mémoires sur la « névrose traumatique », sur la « névrose d'assurance », sur l'« astasie-abasie », sur la « dyspnée hystérique », qui méritent tous d'être consultés.

Mais, pour être complet, il nous faut encore citer les importants travaux suivants : « les voies sensitives dans la moelle ; « syringomyélie unilatérale » ; « monoplégie syringomyélique » ; « paralysie spéciale syphilitique d'Erb », etc.

Votre Commission juge que cette œuvre si diverse et si distinguée, sur laquelle nous aurions voulu insister davantage pour en faire mieux ressortir les points de vue originaux, était celle d'un maître, que la Société médico-psychologique serait très honorée de compter parmi ses membres associés étrangers.

M. le D<sup>r</sup> Ang. Wimmer est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, le D<sup>r</sup> Raymond Mallet sollicitant le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, vous avez désigné, pour vous présenter un rapport sur sa candidature, une commission composée de MM. Chaslin, Klippel et René Semelaigne. Ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, le D<sup>r</sup> Mallet est actuellement chef du Centre psychiatrique d'une armée.

Au cours de son internat, sous la direction de maîtres tels que Chaslin, Klippel et Menetrier, ses études se trouvèrent tout naturellement aiguillées vers l'histologie, la neurologie et la psychiatrie. Sa thèse de doctorat, soutenue en 1911, a pour titre : Contribution à l'étude anatomique des démences.

Ses fonctions actuelles, lui ouvrant un nouveau champ d'observation, l'ont mis à même d'étudier les divers troubles nerveux et psychiques si fréquents chez les combattants. Il put ainsi faire aux Sociétés médico-chirurgicales d'armée des communications intéressantes sur les hallucinations, la confusion mentale, les fugues, les états confusionnels et anxieux.

La demande du D<sup>r</sup> Mallet mérite donc d'être accueillie favorablement. Eprouvant personnellement pour lui une très vive sympathie, je suis heureux d'avoir été choisi comme rapporteur et de pouvoir vous prier, au nom de votre Commission, de l'accueillir parmi nous en qualité de membre correspondant.

M. le D<sup>r</sup> Raymond Mallet est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

### Désertion paradoxale. — Fugue récidivante chez un mélancolique intermittent,

par M. RENÉ CHARPENTIER, ancien chef de clinique  
des maladies mentales, médecin-chef du Centre  
de neuro-psychiatrie de la "... Armée.

Le soldat L..., dont je vais résumer ici l'observation médicale, fut soumis à l'examen du Service central de psychiatrie de la 18<sup>e</sup> région, le 5 décembre 1916, à l'occasion des faits suivants :



Détaché du régiment d'infanterie territoriale auquel il appartenait, et affecté en qualité d'ouvrier à une usine d'énergie électrique du Sud-Ouest de la France, L... donnait à tous entière satisfaction. Le 6 octobre 1916, dans la soirée, il quitta son poste, sans autorisation, et n'y reparut pas. Six jours plus tard, on l'arrêtait à la gare de Belfort, ne portant sur lui aucun titre ou pièce justifiant sa présence dans cette place forte. L... fut alors dirigé sur son corps, et un dossier de plainte en conseil de guerre fut établi pour « désertion à l'intérieur en temps de guerre ».

On peut à bon droit qualifier de paradoxale une désertion qui consiste à quitter une besogne sans danger dans une campagne paisible de la Guyenne pour se diriger, spontanément, vers la zone des armées, rejoindre la compagnie à laquelle l'inculpé fut antérieurement affecté. Car il ne peut y avoir aucun doute sur le but poursuivi. Les réponses de L... à ce sujet, lorsqu'il fut arrêté à Belfort, sont confirmées par les lettres dans lesquelles ce déserteur original mettait, à chaque étape, le directeur de l'usine, au courant de ses projets et de leur réalisation progressive.

Voici la copie de ces lettres. L'orthographe du sujet a été respectée :

Mouleidier, le 9 octobre 1916.

Monsieur le Directeur,

Ne me cherché pa, je revien o front, ne pouvant pa quontinuer atravailler avotre usine a cose du mal de teste, et destomac vu quant patiantant, pour voir si je pouvai passer l'hiver sans revenir, ottranchées, il afalu quil marive, se malheur, de me disparaître, la paye sama bocoup annuyer, parquonséquant j'estime plus aler mourir aucham de bataille que de travailler avec un voleur.

Monsieur le Directeur,

Ausitot come je serai afecter à une Compagnie, je vou ecrirai de nouvo, ne vous annuyés pa, je vous ferai de mes nouvelles ositôt possible vous seres bien bon Monsieur le Directeur, si vou voulies manvoyer lepeu d'argent qui mereste de guagner.

Reseves, Monsieur le Directeur, mes salutations.

L... ANDRÉ.

La deuxième lettre, non datée par L..., est timbrée de la poste le 10 octobre 1916.

Monsieur le Directeur,

Je vous envoi ces deux lignes de pui Trémolat, je fai laroutte apier, parquonséquant je vai aitre un peu long pour ariver au

tranchées, ne vous enuyer pa, vouvoiyé bien, que je ne pran pa laroutte d'un dézartteur, jeveu prouver que je nait pa peur, pour revenir ofron je tien bon courage pour se que je pourrai faire, demain jevous écrivai denouveau de la ouje serai, pour ne pas vous donner oran annui vec moi.

Résévés, Monsieur le Directeur, mes salutations.

L... ANDRÉ.

La troisième lettre, également non datée par L..., est timbrée de Vierzon-gare (Cher) le 11 octobre 1916.

Vierzon

Monsieur le Directeur

Me voila à Vierzon, j'ai fait laroutte a pier jusque â Périgoux mes je me trouvai fatigué alor jai pri le train, je tien toujours les mêmes inttentions, épui a la volonté de Dieu.

Vous diré bien le bonjour â M. Maurice de mapar,

Résevés, Monsieur le Directeur, une bonne poignée de main.

L... ANDRÉ.

Enfin, une carte postale illustrée, représentant l'Avenue Carnot à Belfort, annonce en ces termes la fin du voyage.

Belfort le 12 octobre

Monsieur le Directeur

Mevoila arivé à Belfort.

Résevé, Monsieur le Directeur, mes respects.

L... ANDRÉ.

La désertion de L..., paraissant établie, une instruction fut ouverte. Mais le contrôleur de la main-d'œuvre fit observer que « L... ne paraît pas pleinement jouir de ses facultés et que son acte, bien que très répréhensible, n'avait pas pour but de le soustraire aux obligations militaires actuelles ». Sur l'ordre du Général Commandant la Région, ordre en date du 14 novembre 1915, L..., fut soumis à un examen médical et envoyé, peu après, au Centre régional de psychiatrie.

De l'examen du sujet, des renseignements contenus dans le dossier et des résultats de l'enquête à laquelle il fut procédé, on peut retenir ce qui suit.

L..., qui appartient à la classe 1894, est âgé de quarante-deux ans. Marié et père de trois enfants, il exerçait, avant la guerre, le métier d'ouvrier marbrier. C'était un bon ouvrier, sans antécédents héréditaires connus. L'enquête de gendarmerie insiste sur sa sobriété et sa régularité au travail. Très propre, très consciencieux, très adroit, dit-on, bienveillant, il

s'entendait très bien avec sa femme, ses patrons, ses voisins. On ne l'a jamais vu ivre.

L'enquête note en outre que, parfois gai, s'amusant avec les enfants, il était, à d'autres moments, froid et sombre, triste, taciturne, « recherchant le silence ».

Interrogé à ce sujet, L... répond :

« Ça passe des périodes que je suis malheureux. Il y a des « fois que ça dure plus l'une fois que l'autre, quinze jours, « trois semaines. Je suis alors tout plein d'idées, de mal de « reins, de mal de tête. Je me trouve tout malheureux, idées « d'enfant, il me semble que je serais plus tranquille ailleurs. « Il est passé un temps, quand j'avais la moindre raison, « j'abandonnais tout, je filais..., ça vient brusquement, je « m'en vais et ça y est. Si je savais ce que je fais, je ne par- « tirais pas. Après, je reviens, et, quand il faut revenir, c'est « encore ennuyeux parce que j'ai honte de ce que je fais... Je « me dis : il vaudrait mieux que tu sois mort. » L... ajoute que cet état survient au moins une fois par an, et qu'il est quelquefois plusieurs mois sans « crise ».

L'enquête relate, antérieurement à la mobilisation, deux de ces fugues. Le 26 septembre 1906, L... partit à Buenos-Ayres : il y resta une année. Le 8 août 1908, L... partit pour Paris et y resta pendant deux mois. Les deux fois, il abandonna son travail sans avoir prévenu ni la Direction ni le contremaître de l'usine de marbres dans laquelle il était employé. « Il y a des moments, ajoute L..., où je ne sais pas ce que je fais, c'est « par un mal de tête que ça commence et des étourdissements, « du mal d'estomac. J'ai la mémoire très légère, quelque chose « qui ne va pas dans la tête. »

Les périodes de dépression ont débuté vers l'âge de vingt-sept ans. Lors de sa première fugue, L... était âgé de trente et un ans.

Confirmant les affirmations du sujet, l'enquête établit que L... vivait en bonne intelligence avec tous et que rien ne peut lui être reproché. A l'hôpital, il se montre doux, docile, d'un caractère facile. Son casier judiciaire est vierge, et, pendant le temps passé sous les drapeaux, L... n'a jamais encouru aucune punition disciplinaire. Tel est le passé de L...

Son niveau intellectuel est très peu élevé. L... écrit très mal, ne peut additionner 9 + 7 sans compter sur ses doigts. Nous avons reproduit plus haut quelques échantillons de son style et de ses connaissances très rudimentaires de l'orthographe.

Quand fut décrétée la mobilisation générale, L... faisait partie des hommes du service auxiliaire de la classe 1894. Récupéré bon pour le service armé le 10 décembre 1914, il fut

mobilisé, le 11 janvier 1915, au ...<sup>e</sup> régiment d'infanterie territoriale et partit aux armées le 13 juin 1915. Son régiment occupait alors des tranchées de première ligne dans le département du Pas-de-Calais.

Malade vers la fin du mois d'octobre 1915, L... fut évacué le 3 novembre et traité dans le service de psychiatrie de Dury-lès-Amiens. « Je souffrais horriblement de la tête et des dents, qui tombaient toutes, je ne mangeais presque plus rien. J'étais très affaibli, j'avais perdu la tête, je ne sais pas trop ce que j'avais..., un brouillard... » De Dury-lès-Amiens, L... fut évacué à Nantes où, le 17 janvier 1916, il fut proposé pour un congé de convalescence avec le diagnostic « mélancolie ».

Le 17 mars 1916, à l'expiration d'un congé de deux mois, L... rejoignit le dépôt de son corps et, en mai 1916, il fut détaché, comme ouvrier, à l'usine où il travailla régulièrement jusqu'au jour de sa fugue. D'abord employé comme chauffeur, il ne put continuer ce pénible travail et obtint un service moins fatigant. « J'étais heureux, dit-il, je gagnais bien ma vie, et mon désir était d'arriver à la Toussaint pour aller en permission et porter chez moi mes économies qui étaient à ce moment-là d'environ trois cents francs et auraient augmenté... » L'ingénieur en chef déclare que L... donnait satisfaction depuis son entrée à l'usine et faisait son service avec ponctualité.

Lorsque, le 6 octobre 1916, se produisit l'incident que nous allons maintenant relater, L... était déjà malade. Le contrôleur de la main-d'œuvre de l'usine rapporte que, « depuis quelque temps, il tenait des propos incohérents et manifestait l'intention de rejoindre le front. La première lettre écrite par l'inculpé après son départ de l'usine relate qu'il souffrait de la tête et de l'estomac antérieurement à la disparition de son porte-monnaie. « En patientant, écrit-il, pour voir si je pourrais passer l'hiver sans revenir aux tranchées, il a fallu qu'il m'arrive ce malheur de me disparaître la paye. » Le vendredi 6 octobre, pendant qu'il allait prendre la douche quotidienne, L... laissa son porte-monnaie dans la chaufferie, dans la poche de sa vareuse. Après la douche, il ne retrouva ni le porte-monnaie, ni son contenu, quatre-vingt-douze francs, salaire de son travail pendant la quinzaine précédente.

« Cela me rendit encore plus malade, dit-il. Le lendemain, je restai chez moi ; j'étais complètement énervé et ne savais plus ce que je faisais. Le soir, je partis à l'aventure, dans l'intention de rejoindre mon régiment que je croyais en Alsace. J'avais tout qui me faisait mal, je n'étais plus maître de moi. Je préférais être aux tranchées qu'à l'usine. J'avais idée que mon régiment était à Belfort et je voulais aller le rejoindre. Je suis, en effet, allé à Belfort. J'ai fait beaucoup de chemin à pied,

plus de 100 kilomètres, et puis j'ai pris un train de permissionnaires. » L... dit ne pas se rappeler avoir écrit pendant le trajet les lettres reproduites au début de l'observation. Il faut l'en croire. Il n'a aucune raison de regretter d'avoir écrit des lettres qui contribuent à établir sa bonne foi.

De Belfort, L... fut conduit par des gendarmes à Pau, au dépôt de son corps. Le 18 octobre 1916, il fut hospitalisé pour mise en observation à l'Hôpital complémentaire n° 34. Quelques jours plus tard, il écrivit la lettre suivante au médecin-chef de cette formation sanitaire :

« Me voici en confusion et pénétré de douleurs, de pui quelques jours, mes dans les conditions, que jesui rantré â l'hôpital, et sous vos ordres, je nosai pa me plaindre, mes vu que mes douleurs ocmantet, jesui bien obliger, â dire â monsieur le médecin-chef je soufre des jenoux, cest une donleur qui mantoure la moitier des rains, et qui monte atraver les épolles, il ne me rampa latête bien heureux, en plus de sa, aisse fote des dents, je ne lesai pas, il marive souvan jai de la dierrée, ou mal des tomac, en fin je de manderai à monsieur le médecin-chef si vou voulies aitre asé bon pour chercher à qualmer mon mal, quar je me trouve bien mal'ereu de pui quelque temps. En plus je demanderai â monsieur le médecin-chef si vou pouvies me faire prendre quelques douches. Je vai vous dire larésion, come vous savé, que je viens de travailler â une choferie, et avoir quitter de ceste sorte la j'ai quelque peu de pousiaire deusu.

« Enfin, je conte sur les souains de monsieur le médecin-chef je vous salu avec mes respects. »

L... (André).

Sur les conclusions du médecin-chef du secteur qui le déclara atteint de débilité mentale congénitale avec vagues préoccupations hypocondriaques, tendance mélancolique, idées de culpabilité, L... fut évacué pour observation psychiatrique au Centre spécial de la 18<sup>e</sup> Région.

L'accès mélancolique suivit son cours. L... ne présentait, à son entrée dans le service, aucun symptôme physique et, en particulier, aucun signe d'intoxication alcoolique. L'état de dépression s'améliora au bout de deux mois environ. Il persistait seulement alors un état hypocondriaque léger avec un peu d'asthénie. L'appétit et le sommeil étaient devenus sensiblement normaux. L'état général, médiocre lors de l'entrée du malade dans le service, s'améliora parallèlement à l'état affectif.

Le diagnostic de mélancolie intermittente s'impose.

La psychose périodique s'est manifestée depuis la mobilisation par deux accès mélancoliques ayant tous deux nécessité l'hospitalisation du soldat L... L'affection semble avoir débuté vers l'âge de vingt-sept ans et l'enquête confirme l'existence d'états de dépression fréquents antérieurement à la guerre actuelle.

La fugue qui aboutit à la désertion de L..., si l'on peut qualifier ainsi un acte qui fut un véritable départ volontaire pour le front, n'est pas non plus la première en date. Elle se présente comme une réaction habituelle du malade. Associée à l'état mélancolique, la fugue peut être considérée ici comme une réaction anxieuse du sujet, fuyant impulsivement le lieu où ont débuté ses malaises physiques, fuyant le lieu dans lequel résident les causes apparentes de sa tristesse et de son malaise moral. « Il me semble, dit L..., que je serais plus tranquille ailleurs. » L'accès terminé, le malade revient, honteux de sa fugue. Par cet acte, il a tenté d'échapper à la douleur morale, comme d'autres mélancoliques tentent de s'y soustraire par la mort. Le suicide du mélancolique sans délire n'est, le plus souvent, autre chose qu'une fugue, que le maximum de la fugue, la fugue vers un asile où l'on ne souffre plus.

Victor Parant (1), Joffroy et Dupouy (2), ont étudié les fugues mélancoliques, réactions anxieuses, hallucinatoires ou délirantes, le plus souvent accompagnées de tentatives de suicide qui sont leur véritable but. D'après ces auteurs, les fugues mélancoliques sont rares, d'éclosion brusque, de durée courte. Elles sont généralement conditionnées par l'effroi, par le « délire d'attente », ou par des idées délirantes d'indignité ou de persécution. Lalanne (3), qui en a rapporté d'intéressantes observations, a insisté sur l'importance du délire dans la genèse des fugues mélancoliques.

Les fugues de L... se distinguent des fugues mélan-

---

(1) Victor Parant. Les fugues en psychiatrie. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Nantes, 1909, page 5.

(2) Joffroy et Dupouy. Fugues et vagabondage. Paris. Alcan, 1909, page 287.

(3) G. Lalanne. Des fugues chez les mélancoliques et les persécutés mélancoliques. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Nantes, 1909, page 85.

coliques qu'ont décrit ces auteurs par leur *longue durée*, par leur *répétition*, par leur *pathogénie*. C'est sans véritable idée de suicide, sans idées de persécution, sans effroi, sans idées d'indignité que L... part brusquement, fuyant au loin, sous l'influence de son malaise moral. La fugue, impulsive, brusque, volontaire, insuffisamment motivée, consciente, n'est que semi-mnésique, semblable en cela à beaucoup d'états émotifs dans lesquels la dysmnésie traduit l'inhibition psychique. Suivant l'expression de Paul Garnier (1), il y a une véritable « obnubilation du souvenir ».

Si l'on isole ces fugues du reste du syndrome, si l'on fait abstraction de la coexistence d'états mélancoliques intermittents, et du conditionnement de l'acte ambulatoire par la douleur morale et les troubles cénesthésiques, on est frappé de la ressemblance de ces fugues avec les crises ambulatoires des obsédés dromomanes. Elles en diffèrent surtout par l'absence de l'élément principal, la lutte contre l'idée parasite, le dédoublement de la personnalité.

Quelques auteurs, parmi lesquels, en France, Dupré, Gilbert-Ballet, Deny, Chaslin, ont signalé l'association des obsessions-impulsions à la psychose périodique. Le professeur Gilbert-Ballet a insisté à diverses reprises sur l'équivalence de certains états obsédants et des accès de manie ou de mélancolie périodiques, et sur la nécessité de ne pas confondre avec des obsessions simples (psychasthéniques, dégénératives, etc.), des états obsédants secondaires, symptomatiques de psychose intermittente. C'est ainsi qu'il considérait « la sifiomanie et la dipsomanie comme dépendant d'habitude, et peut-être toujours, de la psychose périodique » (2). « Les crises dipsomaniques, écrivait-il, sont précédées d'habitude d'un état mélancolique dont elles constituent une simple manifestation (3). » D'une façon générale, les

(1) Paul Garnier. La mélancolie dans ses rapports avec la médecine légale. *Annales médico-psychologiques*, 1891, XIII, page 81.

(2) Gilbert Ballet. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Nantes, 1909, page 214.

(3) Gilbert-Ballet. Sur un cas de dipsomanie à accès provoqués par des causes occasionnelles. *Société de Psychiatrie*, séance du 20 juin 1912. *L'Encéphale*, 1912, tome II, page 76.

obsessions et les impulsions doivent être rangées, au même titre que les troubles psycho-sensoriels et les idées délirantes, parmi les symptômes que l'on peut rencontrer au cours des accès de dépression de la psychose périodique. Avec M. Deny, nous en avons nous-même rapporté des exemples (1).

L... peut-il donc être considéré comme un fugeur intermittent dont les fugues ne seraient que l'équivalent d'un accès maniaco-mélancolique, de même que, pour le professeur Gilbert-Ballet, la dipsomanie et la sitiomanie. La longue durée des fugues, leur répétition, l'aspect même du syndrome pourraient permettre de le penser.

Il nous paraît plus exact et plus simple de considérer ici l'acte ambulatoire, ainsi que nous l'écrivions plus haut, comme une réaction logique de l'état mélancolique, réaction née de l'anxiété, illusoire moyen de défense contre les malaises physiques et les souffrances morales. Bien que cette fugue, ni les précédentes exécutées par le sujet, ne se soient pas accompagnées de tentatives de suicide, le retour aux tranchées de L... traduit son mépris, sinon son désir de la mort. « Je me dis : il vaudrait mieux que tu sois mort », déclare L... Et ailleurs, il écrit : « J'estime plus mourir au champ de bataille que, etc. » La longue durée des deux fugues qui ne furent pas interrompues par une intervention judiciaire, s'explique par la durée même de l'accès mélancolique, L... ne revenant pas plus tôt au logis sous l'influence des idées d'indignité et de culpabilité : « Quand il faut revenir, c'est encore ennuyeux, parce que j'ai honte de ce que j'ai fait. »

Il nous a paru intéressant d'insister ici sur une variété, assurément peu fréquente en clinique, de fugue mélancolique récidivante. Les conséquences médico-légales en sont également curieuses. Il est exceptionnel de voir une désertion suffisamment caractérisée pour entraîner une plainte en conseil de guerre, consister en l'abandon d'un poste de tout repos à l'intérieur, et la

---

(1) Deny et René Charpentier. Obsessions et psychose maniaque dépressive. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Nanter, 1909, page 196. — René Charpentier. *Société de Psychiatrie*. Séance du 20 juin 1912. *L'Encéphale*, 1912, tome II, page 80.



marche directe, spontanée, vers les tranchées et un poste de combat.

## DISCUSSION

M. BRIAND. — L'intérêt de la communication de M. Charpentier n'est pas niable; mais les malades, y compris les mélancoliques qui font des fugues vers le front, sont assez nombreux.

M. SÉGLAS. — Je suis de l'avis de M. Briand et je ne considère pas comme exceptionnelle la fugue du mélancolique qui change de place pour essayer d'échapper à son malaise; mais ce que M. René Charpentier a raison de souligner comme exceptionnel et qui, en plus du fait médico-légal, fait l'intérêt de son observation, c'est la récurrence de la fugue au cours de plusieurs accès mélancoliques.

M. PACTET. — Je me méfie des sujets qui tentent une fugue vers l'avant, comme de ceux qui disent : « Renvoyez-moi au front. » Ils sont souvent peu sincères et comptent à la fois sur leur arrestation avant leur arrivée au front et sur l'impunité que leur confère d'ordinaire un premier examen mental. Il y aurait parfois intérêt à leur faire sentir que nous ne sommes pas désarmés devant leur attitude volontairement anormale. Ce que je dis ne s'applique pas au malade de M. René Charpentier.

M. BRIAND. — Il n'en est pas moins vrai que certains mélancoliques, en se dirigeant vers le front, agissent sous l'influence d'une idée de suicide; ils espèrent trouver la mort sur la ligne de feu.

M. VALLON. — J'ai observé chez un certain nombre de mélancoliques intermittents des fugues récidivantes accomplies sous l'influence de l'état de malaise qui les pousse à se déplacer. L'emploi du temps pendant la fugue est un bon élément de diagnostic différentiel avec la simulation. Dans une de mes observations, le fait que le sujet, inculpé de désertion, avait passé plusieurs jours dans les bois en se nourrissant de racines, m'a paru devoir emporter la conviction.

M. TRENEL. — Je m'étonne, à propos des fugues pathologiques accomplies par les militaires, de n'entendre pas parler de nostalgie. J'ai, pour ma part,

observé plusieurs sujets qui ont abandonné leur poste et se sont rendus chez eux où ils se sont mis au travail : ils ne se cachaient pas, on les croyait en permission ; ils n'ignoraient pas non plus qu'ils s'exposaient à être fusillés. Cette considération ne les arrêtait pas ; ils avaient été poussés par le besoin impérieux de se retremper dans leur milieu.

M. CAPGRAS. — Il faut enfin signaler les déséquilibres accomplissant des fugues qui, comme celle du malade de M. René Charpentier, ont un caractère paradoxal. Voici deux exemples de ce genre : le premier concerne un sujet qui, en temps de paix, durant son service militaire, encourt un grand nombre de punitions pour absences illégales. Fait prisonnier au début de la guerre, il s'évade après trois vaines tentatives, reprend volontairement du service et déserte dès le lendemain de son arrivée au corps. La deuxième concerne un jeune aspirant, élève de l'école de Fontainebleau, qui, après dix-huit mois de séjour au front, sous l'influence de scrupules dus à un état psychasthénique, passa deux mois couché dans la forêt de Fontainebleau et écrivit enfin à ses parents qu'il retournait au front pour se faire tuer, ce qui permit de l'arrêter.

M. DELMAS. — Chez plusieurs mélancoliques ayant accompli une fugue sous l'influence de leur état dépressif, j'ai observé cette particularité que les malades non seulement quittaient brusquement leur emploi, mais encore semblaient vouloir se punir en ne réclamant pas et en refusant même d'accepter l'argent qui leur était dû.

M. RENÉ CHARPENTIER. — En dehors du caractère paradoxal de l'acte médico-légal, j'ai insisté, en effet, sur l'intérêt clinique de cette réaction mélancolique, en raison de la répétition des fugues du sujet, caractère dont M. Séglas a bien voulu souligner la rareté, en raison aussi de la longue durée de ses fugues. Dans le cas particulier, ainsi que le fait observer M. Pactet, la sincérité de l'inculpé est évidente. Elle est amplement démontrée, tant par la réalisation brusque et laborieuse d'un acte non annoncé d'ailleurs antérieurement à son exécution que par l'évolution ultérieure des troubles mentaux et les renseignements fournis par l'enquête

anamnestique. Conformément à ce que fait observer M. Delmas, le malade a quitté son travail sans se faire payer. Cela se conçoit d'ailleurs aisément, étant donné l'état de malaise moral et d'anxiété dans lequel ces mélancoliques accomplissent impulsivement leur fugue.

M. BRIAND. — En tenant compte des cas auxquels M. Pactet a fait allusion et des différents types morbides qui viennent d'être rappelés, on peut conclure de cette discussion que chaque cas de fugue doit être l'objet d'un examen très approfondi, et que les causes de cette réaction peuvent être très variées.

### La paralysie générale et la guerre,

par M. A. DELMAS.

La communication que j'ai l'honneur de faire devant la Société médico-psychologique comprend deux parties. Dans la première, je répondrai à la critique qui a été faite ici-même des chiffres statistiques que nous avons apportés. Je m'efforcerai d'être très bref, afin d'arriver rapidement à la deuxième partie, qui comportera une mise au point des faits *actuellement* publiés sur les rapports de la paralysie générale et la guerre.

Prévenu trop tard, je n'ai pu assister à la communication de M. Lantier. Je n'ai pu avoir que le résumé de celle-ci, qui a paru dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*. Ce résumé me suffira pour ma réponse.

M. Lantier a commencé par des considérations générales sur la valeur relative des statistiques. Le corps médical tout entier, et en tout cas, nos collègues de la Société médico-psychologique étaient certainement et depuis longtemps très informés à cet égard. Veuillez me permettre d'ajouter qu'il en était de même pour moi.

Dans la suite de sa communication, M. Lantier a accumulé une série d'arguments contre nos données statistiques. Je suis obligé de le suivre, pas à pas, dans son argumentation.

Je passe sans insister sur l'accusation d'avoir pu gravement compromettre les intérêts des malades, accusation qui atteindrait, si elle était fondée, la grande

majorité de nos maîtres et de nos collègues, qui ont voté les conclusions du rapport du D<sup>r</sup> Dupré dans la réunion des chefs de centres neuro-psychiatriques du mois de décembre 1916.

Je passe également sur l'accusation d'avoir cru opposer des faits « *aux opinions toutes gratuites de M. Pactet, rapporteur* ». Ces termes ne figurent nullement dans ma communication; ils ne pouvaient être non plus, avec ce sens, dans ma pensée.

M. Lantier signale la difficulté qu'il y avait à combattre mes conclusions « *sans avoir d'autres statistiques à opposer* ». Or, entre la séance de décembre 1916, où j'avais donné mes chiffres statistiques, et celle de juillet 1917 où fut discuté le rapport de M. Pactet, tous nos confrères avaient le loisir de dresser leur statistique. Aussi, n'y ont-ils pas manqué. C'est ainsi que nous avons eu les statistiques de MM. Mignot, Colin, Cruchet, Duclos, etc., etc...

M. Lantier ne sait pas si mes chiffres comprennent les cas étiquetés : paralysie générale probable, possibilité de paralysie générale. Pourquoi en douter? Si nous ne les y avons pas compris, nous n'aurions pas manqué de l'indiquer.

Et encore : « *Le court séjour des malades au Val-de-Grâce, l'impossibilité d'y faire tous les examens de laboratoire, les oublis involontaires : voilà bien des causes d'inexactitude.* » Nous prenons toujours le temps de faire le diagnostic de paralysie générale; cela n'en demande pas beaucoup d'habitude, et s'il peut y avoir des erreurs, elles sont certainement tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Quant au laboratoire, le Val-de-Grâce possède non seulement un outillage parfait, mais encore les meilleurs biologistes et bactériologistes des hôpitaux.

« *Tous les malades du Val-de-Grâce ne sont pas comme ceux de Sainte-Anne, des aliénés pour lesquels l'internement s'impose. L'auteur ne donne pas la proportion de ceux que l'on doit internier, les seuls qui devraient entrer en ligne de compte dans le rapport.* »

Cette objection nous a déjà été faite lors de notre première intervention, et nous y avons répondu. M. Lantier connaissait notre réponse. Pourquoi ne pas la citer

et ne pas la combattre, si elle est mauvaise? En tout cas, la voici :

« Nous connaissons cette objection. Aussi, nous sommes-nous gardé de dire, comme nos chiffres paraissent l'indiquer, que le nombre des paralytiques généraux se trouvait diminué depuis la guerre.

« Mais nous répondrons que même en évaluant à 50 p. 100 le nombre des petits psychopathes qui ne sont pas des malades d'asile, ce qui est manifestement exagéré, les statistiques militaires nous donneraient encore un pourcentage de paralytiques généraux nullement supérieur à celui des statistiques d'asile. »

Il nous était difficile de donner la proportion exacte des internés de guerre par rapport aux internés de paix, puisque nous avons la bonne fortune de pouvoir actuellement évacuer dans des services ouverts des petits mentaux, pour lesquels, en temps de paix, il n'existe que des services fermés.

Mais les chiffres que nous n'avons pas, d'autres collègues nous les ont apportés et ils sont concordants. M. Colin, pour le service de Villejuif, celui même de M. Lautier, donne la proportion de 13 p. 100. M. Duclos, pour le service du D<sup>r</sup> R. de Fursac à Ville-Evrard, donne exactement le même chiffre ! Et encore convient-il de remarquer que ces chiffres sont trop élevés dans la mesure où des malades, qui auraient été internés en temps de paix, ont pu être traités dans le service ouvert de Maison-Blanche !

Ce n'est pas sans un certain étonnement que nous avons vu M. Lautier utiliser à son tour une de ces statistiques dont il venait d'essayer de démontrer le peu de valeur. Et cela, sans aucune indication, d'ailleurs, ni de son origine, ni de son importance. Nous citons M. Lautier : « Sur tous les paralytiques généraux mobilisés, 15 p. 100 environ ont subi véritablement des dangers et des fatigues du fait de la guerre ; ils sont noyés au milieu de 85 p. 100 *de mobilisés de l'arrière* (1)... » Nous avons cherché d'où venait cette statistique. Nous avons trouvé. Elle est tirée de l'intervention de M. Colin dans la discussion sur le rapport

---

(1) C'est nous qui soulignons.

de M. Pactet. Seulement, elle est rapportée d'une façon entièrement fausse. M. Colin a exactement dit que 15 p. 100 de ses paralytiques généraux avaient fait *de très longs séjours au front*, des séjours de plus de quinze mois. *Mais il n'a nullement dit que les autres 85 p. 100 étaient des mobilisés de l'arrière.* Pourquoi M. Lantier fait-il dire à M. Colin ce que celui-ci n'a pas dit? Pour les besoins de la cause? Mais alors...?

M. Duclos nous donne à cet égard un chiffre certainement plus conforme à la réalité. Sur *cent* paralytiques généraux de M. Duclos, *quarante-huit* ont été au front, *la zone des armées non comprise.*

« *Les militaires, dit encore M. Lantier, sont compris dans certaines limites d'âge; ils appartiennent tous à la jeunesse et à l'âge adulte; les civils peuvent être internés à toutes les époques de la vie.* »

Pourquoi ici encore, M. Lantier ne répond-il pas à la réponse que nous avons faite à cette objection et qu'il connaissait pourtant bien? Pourquoi au moins ne la cite-t-il pas pour la discuter?

Nous la donnons ci-dessous :

« Si cette objection pouvait avoir quelque valeur, elle tendrait seulement à montrer que, dans notre comparaison, le chiffre des paralytiques généraux se trouve trop élevé dans les statistiques militaires ou trop faible dans les statistiques d'asiles (1). Cela reviendrait donc à montrer encore plus nettement ce que nous affirmons, à savoir, que le nombre des paralytiques généraux s'est montré au moins aussi faible chez les mobilisés de ces trois dernières années que dans la pratique médicale d'avant-guerre. »

Encore une omission fâcheuse. Pourquoi M. Lantier, nous reprochant d'avoir fait notre comparaison avec les asiles de la Seine, milieu de citadins, oublie-t-il que nous nous sommes donné la peine de nous procurer et de faire connaître la statistique des Basses-Pyrénées?

Parmi tous les arguments accumulés contre nous, en voici un, enfin, qui a quelque valeur. Nous nous en vou-

---

(1) Dans les statistiques d'asile figurent, en effet, des sujets trop jeunes ou trop vieux, par rapport à l'âge de la paralysie générale.

driens, pour cela même, de ne pas le citer : « *Mais la guerre a joué un rôle étiologique sur d'autres maladies mentales. Le rapport considéré ne varie donc pas comme son numérateur, et ses deux termes pouvant être augmentés tous les deux, le rapport peut ne subir aucune modification ou même diminuer, lorsque le nombre des paralytiques généraux aura augmenté en réalité.* »

Il est encore trop tôt pour que nous soyons fixés sur l'augmentation globale des maladies mentales pendant la guerre. Nous réservons donc notre opinion. Mais déjà des renseignements statistiques généraux que nous possédons, nous pouvons espérer que l'état sanitaire psychiatrique aura été au moins aussi bon que l'état sanitaire général. D'ailleurs, la mesure dans laquelle avaient pu être augmenté les affections mentales du fait de la guerre expliquerait seulement la disproportion qui existe entre les statistiques de guerre et celles du temps de paix, au sujet de la paralysie générale.

J'avoue ne pas comprendre l'objection suivante. Nous avons dit : « Si la guerre influait sur la fréquence de la paralysie générale, le rapport  $\frac{\text{P. G.}}{\text{entrants}}$  devrait croître

d'année en année. » M. Lantier objecte : « *Il est bien étonnant que ce rapport ne diminue pas, lorsqu'on songe au nombre de paralytiques généraux qui ont été éliminés au début de la guerre, au départ des vieilles classes, à la mobilisation des jeunes...* »

En quoi cela empêche-t-il tous les anciens syphilitiques de vingt-cinq à quarante-sept ans, candidats à la paralysie générale, de rester exposés aux fatigues de la guerre, et d'en subir l'influence fâcheuse, si celle-ci existait?

Nous avons dit qu'on n'observait pas d'augmentation de fréquence des formes juvéniles. Nous n'en avons vu, personnellement, qu'un seul cas : le malade n'avait pas été au front. Dans la statistique de Villejuif, M. Lantier signale 3 cas de moins de vingt-sept ans sur 150 paralytiques généraux, ce qui fait une proportion de 2 p. 100. Or, pour les trois années qui ont précédé la guerre, la statistique de Sainte-Anne donne 3 p. 100 de paralytiques généraux ayant moins de vingt-sept ans.

M. Lantier invoque enfin l'opinion de M. A. Marie

en faveur d'une abréviation de la durée d'incubation, que nous n'avions pas personnellement constatée chez nos malades. M. A. Marie, interrogé par nous, nous a nettement répondu qu'il n'avait observé qu'un trop petit nombre de cas pour avoir une opinion sur ce point.

J'en ai fini.

Je conclus en faisant remarquer qu'il en est des arguments dans une critique comme des méthodes de traitement en thérapeutique. Quand il y a un grand nombre de médications contre une maladie, c'est qu'il n'y en a pas, d'habitude, une seule de vraiment efficace. Je me suis efforcé de montrer qu'il en était de même des arguments accumulés par M. Lautier.

Je n'ai pas grand mérite à y avoir réussi.

Dans la prochaine séance, j'apporterai les faits actuellement recueillis par nous et par nos confrères sur les rapports de la paralysie générale et la guerre.

#### DISCUSSION

M. DUPOUY. — Je connaissais déjà pour les avoir lues, les conclusions votées sur ce sujet par la Société de Neurologie et les conclusions de la communication de M. Delmas. Surpris des unes et des autres, je vais essayer de résumer ici mon opinion basée sur quelques années de pratique de neuro-psychiatrie de guerre. M. Delmas est d'avis : 1° que le nombre des paralytiques généraux n'a pas été augmenté par la guerre ; 2° que la réforme n° 1 ne doit pas être accordée aux paralytiques généraux, sauf dans des cas exceptionnels. Je ne partage pas cette opinion, au contraire, je dis que la paralysie générale a augmenté de fréquence sous l'influence des émotions, des fatigues, du surmenage de la guerre.

J'ai eu l'occasion, peu après le début de la guerre, de créer un service de neuro-psychiatrie d'armée. Les psychoses de guerre, en général, ont diminué après la première année de la guerre, mais les psychoses confusionnelles ont augmenté, à mesure qu'augmentaient les fatigues, les commotions, etc. Dans mon service, le rapport des cas de syphilis nerveuse (tabes, paralysie générale, myélites, etc.) au chiffre total des malades était de 12 p. 100.



Il est nécessaire de rechercher de quand date la syphilis et de voir comment elle a été aidée par la guerre dans son évolution. Pour mon vénéré maître, le professeur Joffroy, la paralysie générale est le résultat de la syphilis, aidée d'un autre élément dont l'appoint est d'une importance capitale, et qu'il résumait en ce mot : civilisation.

Or, la syphilis a augmenté de fréquence dans l'armée. D'autre part, en temps de paix, la paralysie générale survenait en moyenne une dizaine d'années, au minimum, après le chancre. Aux armées, j'en ai observé des cas bien avant ce terme, quatre ans, cinq ans, six ans seulement après le chancre, et j'ai fait une communication sur ce sujet dans une Société médicale d'armée. J'ai même vu un certain nombre de cas de paralysie générale et de tabes, dans lesquels la syphilis datait de la guerre de 1914, et qui s'étaient produits dix-huit mois, vingt mois après le chancre initial. On a cité des faits de ce genre avant la guerre, mais ils étaient alors considérés comme tout à fait exceptionnels.

A l'avant, il n'est pas toujours facile de reconnaître les premiers symptômes de la paralysie générale; les malades que l'on envoie dans les centres spéciaux avec ce diagnostic sont, habituellement, à un stade très avancé de la maladie. La maladie évolue très vite à partir des premiers symptômes. Le diagnostic de l'affection à son début ne se fait, le plus souvent, que sur un malade soumis à l'examen pour une autre cause.

Tous les auteurs considèrent que la paralysie générale reconnaît pour cause non seulement la syphilis, mais aussi les émotions, les fatigues; celles qui résultent de la guerre sont évidentes.

Enfin, dans l'évaluation du nombre des paralytiques généraux, il faudrait tenir compte du nombre considérable des tués, parmi lesquels se trouvaient certainement des sujets en puissance ou en instance de paralysie générale. Si, malgré ces morts, le nombre des paralytiques généraux est resté le même depuis la guerre, on peut conclure qu'il a augmenté.

M. ARNAUD. — J'assistais à la séance du 7 juillet, et je ne puis dissimuler à M. Delmas l'étonnement que

m'a causé sa communication. Sa statistique est vraiment trop faible pour étayer des conclusions aussi graves que les siennes. Je dirais volontiers qu'il a élevé une vaste construction sur une pointe d'aiguille. M. Delmas a observé en un temps donné, en un lieu donné, le Val-de-Grâce, un nombre donné de paralytiques généraux. Ses chiffres ne disent pas autre chose. Pour autoriser l'affirmation que la guerre n'a pas favorisé le développement de la paralysie générale, une statistique devrait comprendre l'ensemble des cas de cette affection observés depuis le début de la guerre dans tous les centres neuro-psychiatriques de France. Alors seulement, on aurait les éléments d'une comparaison valable avec la fréquence de la maladie avant la guerre. Et même ainsi étendue, une pareille statistique serait insuffisante, puisqu'elle ne pourrait comprendre ni les morts, ni les prisonniers, hélas ! si nombreux, lesquels auraient fourni un contingent appréciable de paralytiques généraux.

D'autre part, il serait tout à fait extraordinaire que les fatigues de la guerre eussent été sans action sur le système nerveux des sujets aptes à faire de la paralysie générale. En dehors des préoccupations morales, souvent très angoissantes, les soldats au front subissent une hygiène générale et un régime alimentaire très défectueux ; ils sont exposés à de fréquentes insomnies, aux marches pénibles, aux ébranlements nerveux résultant des bombardements, etc., toutes conditions éminemment favorables au développement et à l'aggravation des affections nerveuses en général. On ne voit pas pourquoi la paralysie générale bénéficierait à cet égard d'une immunité particulière.

Je ferai maintenant une observation à propos du texte voté par la réunion du 7 juillet. Ce texte admet la réforme n° 1 des paralytiques généraux pour des cas « particuliers », alors que la Société de Neurologie et M. Delmas après elle ne l'acceptaient que pour des cas « exceptionnels ». Le mot « exceptionnel » établissait un préjugé défavorable à la réforme n° 1. Le mot « particulier » ne préjuge rien, tout en maintenant la réserve nécessaire que la réforme n° 1 ne doit pas être accordée *de plano* pour tous les cas de paralysie générale

apparus chez des mobilisés. C'est moi qui ai proposé cette substitution de mots, et j'ai voulu simplement, aujourd'hui, en préciser de nouveau la signification.

M. DELMAS. — M. Dupony a soulevé l'importante question des cas de paralysie générale consécutifs à des syphilis contractées aux armées. Il s'agit là d'une grosse question qui concerne non les paralytiques généraux actuels, mais les paralytiques généraux futurs. En ce qui me concerne, si j'observais des cas de paralysie générale survenant dix-huit mois, vingt mois après le chancre, en l'absence d'autopsie et de preuve anatomique, je ne voudrais pas en tenir compte dans une statistique, tellement ces cas me paraissent douteux.

(La suite de la communication de M. Delmas est remise à la prochaine séance.)

### Exposé de quelques méthodes nouvelles de psychothérapie,

par M. E. LANDAU,

professeur à l'Université de Berne.

Comme nous l'avons déjà exposé à la séance de l'Académie de médecine du 29 mai 1917 et à celle de la Société médico-psychologique du 30 juillet de la même année, nous rappelons que le principe fondamental de notre traitement des malades militaires atteints de troubles psychonévrotiques est l'isolement psychique. Cet isolement psychique permet au malade le contact avec ses camarades et lui laisse la liberté de correspondre avec les siens, de les recevoir; mais, son état lui ayant été scientifiquement expliqué en présence de ses compagnons, il cesse ainsi d'être pour les autres un objet de compassion et de pitié. Le régime des pénibles punitions lui est évité, et c'est là justement la différence entre ce procédé et ceux jusqu'ici employés.

En principe, c'est toujours un traitement rationnel rappelant celui du professeur P. Dubois, de Berne. Il consiste avant tout en un échange de réflexions logiques basées sur les données scientifiques, mais les troubles

fonctionnels dont le malade est atteint sont analysés par le médecin non en tête-à-tête, mais en présence d'un auditoire.

Nous mentionnerons que, parmi les troubles fonctionnels et les différentes psychonévroses, il faut distinguer les simples simulateurs, les hystériques, les abouliques, les exagérateurs, les anxieux obsédés par leur infirmité et enfin les névropathes qui désirent guérir, mais n'ont pas suffisamment de force morale et de tranquillité rationnelle pour détruire leur obsession.

Alors que le simulateur mérite un traitement dur et des menaces coercitives, celui qu'on doit employer pour l'hystérique varie d'un cas à l'autre et dépend de la forme et du caractère de la maladie. Chez l'aboulique et l'exagérateur, l'isolement psychique sera tout indiqué; mais chez les anxieux et les névropathes cet isolement psychique, déjà plus compliqué, devra être suivi d'une psycho-analyse, car dans ces cas, le médecin aura souvent à démêler des manifestations pathologiques sur la base du Pansexualisme.

La psychothérapie basée sur le principe d'un isolement psychique et d'une rééducation rationnelle se trouve souvent très étroitement liée à une psycho-analyse. Il nous semble utile en même temps qu'intéressant de présenter une série des variations du traitement que nous avons appliqué et qui a paru nous donner de bons résultats.

On observe très souvent chez les fonctionnels français différentes variations de « mains figées », état que nous n'avons jamais rencontré chez les fonctionnels militaires russes. En revanche, nous avons trouvé parmi eux un assez grand nombre de « criseurs ».

Nous réservons notre avis sur ces faits, mais nous supposons que ces criseurs ont fait leur école dans un même centre. Nous avons eu pas mal de difficultés pour arriver à une amélioration de leur état, et en dernière analyse c'est pour ainsi dire un procédé de psychothérapie en masse qui nous a donné un résultat inespéré. Voici l'exposé de ce traitement :

Nous avons fait de temps à autre à nos malades des conférences sur divers sujets. Nous leur avons parlé de l'alcoolisme et de ses dangers, des maladies vénériennes

et de leurs conséquences. Il nous a paru nécessaire de faire un exposé populaire de la neurologie de guerre, de l'anatomie et de la physiologie des mouvements, des résultats obtenus sur un muscle sain et malade par un examen électrique. La description de la confusion mentale post-commotionnelle a fait aussi l'objet d'une séance. Nous avons attiré l'attention sur le fait que les commotionnés sont presque toujours tristes, désorientés, atteints d'amnésie, mais généralement peu excités, peu portés aux paroles vives, aux scandales. Le résultat obtenu à la suite de ces explications a été surprenant. Dans tous les hôpitaux les « criseurs » ont disparu ou se sont calmés. Au cours de nos inspections, nous avons pu remarquer une notable amélioration chez les fonctionnels qui avaient reconnu leur état dans les exemples donnés dans nos conférences.

Nous avons trouvé chez les soldats russes des impotences fonctionnelles des membres, quelques camptocormies, pas mal de trembleurs. Dans le cas suivant, cas assez délicat, l'isolement psychique nous a donné un beau résultat.

On nous amène un jour un malade qui, à la suite d'une commotion survenue sept mois auparavant, présentait des tremblements dans les jambes et un ptosis bilatéral accompagné d'un tremblement des yeux avec un facies typique de Hutchinson. L'apparence du malade et l'examen neurologique nous faisaient croire à un cas non organique; le nystagmus seul plaidait en faveur d'une épine organique sur laquelle les phénomènes fonctionnels auraient été surajoutés.

Notre confrère de l'Université de Berne, le professeur A. Siegrist, ophtalmologue distingué, nous ayant affirmé que le nystagmus pouvait être fonctionnel (observations faites sur des mineurs et des exagérateurs), nous avons pensé employer chez ce malade un traitement de psychothérapie combinée à l'isolement psychique. Nous lui avons expliqué le fonctionnement de tous les muscles des yeux et des paupières, nous lui avons démontré qu'il n'avait pas un ptosis réel, mais bien un blépharospasme par contracture du muscle orbiculaire des paupières, et, sur notre affirmation qu'une persistance de sa part pourrait amener un

tremblement chronique incurable, il a été guéri en deux ou trois séances.

Un procédé de psychothérapie rationnelle et simple nous a donné aussi un excellent résultat chez un autre soldat russe qui accusait, après une blessure du deltoïde accompagnée d'une périostite traumatique de l'humérus, une impotence fonctionnelle du bras gauche.

Mais ce même procédé de psychothérapie rationnelle, renforcé par l'isolement psychique, n'aurait pas suffi si nous avions voulu l'appliquer aux deux malades suivants.

*Premier cas.* — Le soldat russe A..., vingt-six ans, a été commotionné en Champagne par un éclat d'obus, le 16 avril 1917, et présente également une éraflure superficielle de la joue près de l'oreille. Huit mois après cette blessure, nous le voyons au cours d'une de nos inspections à l'hôpital. Il est atteint de troubles fonctionnels auditifs et on nous le donne comme une « forte tête ». Le malade porte constamment un bandage compliqué de la tête et a une expression plutôt triste et fatiguée. Il fuit le regard quand on l'interroge ou quand lui-même répond aux questions qui lui sont posées. Il prétend être tourné en ridicule et considéré comme un fumiste.

« Voulez-vous guérir ? lui avons-nous demandé aimablement. — Oh, oui ! mon état m'inquiète et je vous prie de vous occuper de moi, nous dit-il en rougissant. » Ayant remarqué à la fois sa franchise et sa légère émotivité, nous nous sommes décidé à lui appliquer une psychothérapie psychoanalytique. L'amenant dans un coin éloigné de la chambre, nous lui avons parlé de la manière suivante :

« Quel âge avez-vous ? » Réponse...  
« De quel pays êtes-vous ? » Réponse...  
« Avez-vous des parents ? — Non, ils sont morts. »  
« Pauvre garçon ! Mais êtes-vous marié ? — Non. »  
« Avez-vous une maladie vénérienne ? — Non. »  
« Avez-vous une fiancée ? — Oui. »  
« Est-elle gentille, est-elle belle ? » Le jeune homme rougit et répond : « Oui, elle est blonde et a des yeux bleus. »

« Mais c'est charmant, vous aurez alors un petit gosse

aux yeux bleus. » Et, tout en lui faisant ces dernières remarques, nous lui caressons amicalement la main. Une conversation du même genre prolongée pendant quelques minutes nous fait gagner sa confiance. Il nous raconte que sa fiancée est très bonne pour lui, qu'il souffre d'être éloigné d'elle, qu'il se trouve très seul, personne ne s'intéresse à lui, etc.

Sa confiance une fois gagnée, nous lui avons expliqué l'inutilité de son pansement, lequel ne pouvait lui procurer aucun soulagement même s'il avait des douleurs réelles. Le bandage qu'il mettait chaque jour lui-même fut enlevé sans difficulté. Nous lui avons fait promettre de ne pas le remettre durant vingt-quatre heures et lui avons conseillé de se distraire et de ne pas songer à son état.

Le lendemain, à la visite, il nous a paru très gai et très satisfait. Resté seul avec nous, il nous a reparlé de ses sentiments pour sa fiancée et, après une seconde conversation au cours de laquelle nous avons essayé de lui présenter son avenir sous un jour heureux, il a bien voulu, sur notre demande, enlever les morceaux de coton qu'il portait toujours dans les oreilles. Au bout de quelques jours, ce même soldat a demandé à être renvoyé au dépôt. Il nous semble qu'une psychothérapie rationnelle, mais sèche, ne nous aurait pas donné en si peu de temps un si bon résultat.

*Deuxième cas.* — Un matin, à la consultation externe de la Salpêtrière (service du professeur Dejerine où nous avons été attaché environ dix-huit mois), se présente à nous une jeune femme de vingt et un ans, muette. Les explications données par le mari qui l'accompagne sont les suivantes : Sept mois auparavant, cette femme accouchait d'un enfant. Elle l'a nourri pendant trois mois et paraissait parfaitement heureuse et très bonne mère. Un dimanche, en rentrant de promenade, le jeune homme trouva sa femme toute triste et en pleurs. Toutes ses questions restèrent sans réponse et ses consolations sans effet. Depuis ce temps, la malade ne parle pas. Peu à peu, elle s'est occupée de son enfant avec moins de tendresse, faisant beaucoup de difficulté pour lui donner le sein devant son mari, ne voulant même plus le nourrir depuis deux jours.

Après avoir demandé si cette femme parlait parfaitement bien avant cet accident inattendu et après un minutieux examen neurologique, nous avons diagnostiqué un *mutisme hystérique*. Resté seul avec la malade, nous avons pensé à la note suivante que nous trouvons chez Régis et Besnard, dans leur exposé de la Psychoanalyse (p. 203) :

« Disons tout de suite que l'hystérie est en effet pour Freud, caractérisée par un mécanisme particulier de symbolisation affective, qui consiste à transformer les traces de la *libido* refoulée en symptômes somatiques, et à établir ainsi des réflexes anormaux. C'est la conversion. L'anomalie du passé érotique, lorsqu'on remonte jusqu'à lui par l'enchaînement, les associations, apparaît comme se manifestant, au moment de l'invasion de la maladie, par une série de signes physiques (paralysie, contracture, anesthésie, etc.). Ceux-ci indiquent, non pas comme l'affirment des auteurs, une impuissance native de la conscience à réunir dans une même synthèse tous les éléments de la personnalité, mais une impossibilité plus ou moins acquise et curable de manifester au dehors des formes composantes instinctives autrement qu'en les transformant en troubles somatiques après refoulement. » Nous voyons que dans le fond Freud a suivi son ancien maître Charcot pour lequel l'hystérie n'était qu'une conséquence d'un trauma affectif.

Au début, pour pénétrer dans l'anamnèse de cette malade, nous avons dû, pour toute réponse à nos questions, nous contenter des mouvements de la tête.

Nous nous sommes d'abord demandé quelles pouvaient être les raisons qui poussaient cette femme à ne plus nourrir son enfant et pourquoi elle éprouvait de la gêne à se découvrir la poitrine en présence de son mari. Nous lui avons promis le secret sur tout ce qu'elle nous confierait. Ainsi, après une série de questions enchaînées les unes aux autres, nous avons appris que le dimanche, en l'absence de son mari, elle avait eu la visite de son beau-père. Elle fut si troublée et si épouvantée qu'elle poussa un cri et refusa de lui parler. Elle nourrissait justement son enfant à ce moment-là. Elle se dirigea vers son beau-père en poussant des cris inarti-



culés et en le menaçant de la main, si bien que celui-ci effrayé s'en alla.

Sur notre nouvelle affirmation que toutes ses confidences resteraient secrètes, et sur notre affirmation également que sa guérison dépendait de l'effort qu'elle ferait pour parler, nous avons réussi à transformer son mutisme en une aphonie, et en chuchotant à voix basse, nous avons pu continuer l'échange de conversation.

Et voilà en quelques mots ce qu'elle nous a confié :

Cet homme qui l'a tant effrayée par sa visite inattendue a épousé sa mère alors qu'elle avait douze ans ; le beau-père était aimable pour elle, lui donnait des douceurs.

Deux ans se passèrent ainsi.

Un jour, quand il était seul à la maison avec elle (elle avait alors environ quatorze ans et demi), il la prit sur les genoux et commença à la caresser, en touchant sa poitrine naissante. Elle éprouva sur le moment une satisfaction irraisonnée ; mais depuis ce jour-là elle craignait son beau-père et évitait les tête-à-tête. L'homme la poursuivait sans cesse, lui apportait souvent des petits cadeaux, et à la fin des fins il arriva à son but. La jeune fille quitta la maison, trouva une place au dehors, se maria au bout de quelques années et oublia complètement les tristes événements survenus.

La visite de son beau-père réveille tous ces souvenirs. Après son départ, la jeune femme se demande anxieusement quelles explications elle donnera à son mari. Instinctivement elle éprouve un soulagement à ne pas parler, ce qui lui enlèvera la possibilité d'une explication avec son mari. De même nous supposons que la peine qu'elle avait à nourrir son enfant était due à la crainte qu'on lui demande si quelqu'un lui avait caressé le sein avant son mariage, et, comme elle nous l'a confié, elle évitait, en toutes circonstances, de se montrer déshabillée à son mari.

Cette idée absurde est devenue une telle obsession qu'à un moment donné elle a été horrifiée de donner le sein à son enfant, ce qui explique son refus de le nourrir.

La psycho-analyse ou l'analyse psychique étant faite, il nous restait alors à appliquer la psychothérapie rationnelle.

Il a suffi de démontrer à cette femme l'absurdité de ses craintes et de ses conceptions : son beau-père étant parti avant l'arrivée du mari, celui-ci ne poserait aucune question, et l'enfant de six mois était un témoin inconscient. Une conversation de dix minutes a été suffisante pour guérir cette entité. Quand le mari est revenu dans la salle, la jeune femme lui a dit spontanément, d'une voix claire et tranquille : « Je suis guérie, je parle; ne te fâche pas, je nourrirai l'enfant. » Enchanté, le couple est parti.

En résumé, l'expérience que nous avons acquise en traitant les malades dans le service du professeur Dejezine à la Salpêtrière, dans celui du médecin principal Marcel Briand au Val-de-Grâce et dans les hôpitaux russes de la X<sup>e</sup> région; l'expérience, disons-nous, prouve que la psychothérapie ne peut être ni exposée ni pratiquée d'une manière dogmatique.

Plus que dans toutes les autres maladies, la conception qu'on ne traite pas la maladie, mais le malade, se trouve ici justifiée. Le malade est soigné, dans les cas subtils, avec de grands ménagements de son individualité. C'est au médecin spécialiste de juger quand devront être employées les différentes variations de la psychothérapie : procédé brusque, procédé rationnel, isolement psychique, psychothérapie précédée d'une psycho-analyse, et quelquefois même une psychothérapie en masse.

#### DISCUSSION

M. BRIAND. — J'insiste sur ce point intéressant de la méthode psychothérapique de M. Landau, qu'avant de persuader le malade de la possibilité de la guérison, notre confrère commence par convaincre l'entourage, établissant ainsi des points d'appui.

La séance est levée à 6 h. 20.

*Les Secrétaires des séances,*

P. JUQUELIER et R. CHARPENTIER.

---

## SÉANCE DU 25 MARS 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

*Correspondance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bettancourt-Rodrigues, remerciant la Société qui, sur l'initiative du Bureau, l'a félicité de sa nomination de ministre plénipotentiaire de la République portugaise à Paris ;

2° Une lettre de M. Semelaigne qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des lettres de MM. Capgras et Delmas qui, inscrits tous deux pour une communication, mais empêchés, par leur service, d'assister à la séance, feront leur communication à la réunion d'avril ;

4° Une lettre de M. R. Mallet, qui remercie la Société de sa nomination au titre de membre correspondant ;

5° Une lettre de M. A.-R. Gilles, ancien interne des asiles de la Seine, médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe à un centre psychiatrique de l'arrière, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Lwoff, Truelle et Jaquelier, rapporteur.

*Mort de MM. Maudsley et de Castro.*

M. le Président. — Messieurs, j'ai le profond regret de vous annoncer la mort d'un de nos membres associés étrangers les plus éminents, le Dr Henry Mandsley.

Né à Gligleswick (Yorkshire), le 6 février 1835, Mandsley fit ses études à Londres, à University College. De 1859 à 1862, il fut attaché au service médical de l'asile d'aliénés de Manchester. Membre du Collège royal des médecins en 1869, il devint en 1870 professeur de médecine légale à University College et médecin consultant du West London Hospital. En 1871, il était élu président de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

Le 26 décembre 1864, sur un rapport de Jules Falret, il était nommé membre associé étranger de notre Société, titre qui, suivant la remarque du rapporteur, n'avait encore été conféré qu'à un très petit nombre de personnalités étrangères. A ce moment, depuis deux ou trois ans déjà, Maudsley était directeur du *Journal of Mental Science*, et il s'était fait connaître par différents travaux de philosophie et de médecine mentale.

Disciple de Cabanis et d'Esquirol, se rattachant par ses tendances à l'Ecole matérialiste et positiviste, Maudsley a publié des livres devenus classiques, et dont les plus fameux ont été traduits en français. Vous les connaissez et ce n'est pas à moi de les analyser. Il me suffira de vous rappeler leurs titres : la *Physiologie de l'esprit*, la *Pathologie de l'esprit*, le *Crime et la Folie*. Les pages magistrales qui servent d'introduction à ce dernier ouvrage contiennent toute la doctrine de l'auteur.

« Cependant, dit Maudsley, à tant d'égards semblable au reste des hommes, combien le fou n'en est-il pas essentiellement différent ! Quel que soit le changement fait en lui, il est évident qu'il est déchu de la haute dignité de l'homme ; il a cessé de ne faire qu'un avec son espèce ; il a perdu les attributs les plus élevés de l'humanité, ceux par quoi l'homme est ce qu'il est parmi les animaux. Les savants peuvent disputer sur la nature et l'étendue du changement, mais rien qu'en passant, le plus borné des hommes ne manque pas de l'apercevoir, et il ne manque pas non plus d'en être impressionné ; au fond de son cœur s'élève un sentiment instinctif de méfiance, sinon de réelle répugnance ; en dépit de lui-même, il recule devant ce qui n'est plus que la grimace de l'humanité. Tout en éprouvant beaucoup de compassion et de bienveillance pour les malheureux affligés d'insanité, et la plus légitime indignation contre ceux qui les maltraitent, le plus grand nombre n'en regarde pas moins cette maladie comme une calamité d'un ordre tout à fait spécial ; il la cache comme une honte et parfois il la traite comme un crime. Les sentiments manifestés par la masse, si différents de ceux qu'elle exprime devant toute autre maladie, rappellent la conduite des animaux inférieurs et de

quelques sauvages envers celui de leur bande qui tombe malade.....

« Par bonheur, le développement moral de l'homme civilisé s'oppose à ce qu'il se comporte ainsi envers son semblable souffrant d'une maladie ordinaire du corps; le mal du prochain, au contraire, fait naître en nous la sympathie chaleureuse et le zèle charitable. Mais ce n'est plus tout à fait la même chose quand la maladie est une affection de l'esprit. Un instinct obscur mais profond nous dit que ce mal-là n'est plus comme un autre, que l'homme qui en est atteint « n'a plus sa tête »; qu'il n'appartient plus ni à lui-même ni à son espèce et qu'il est comme un stigmate pour la nature de l'humanité. Il en résulte un vague sentiment d'antipathie semblable à celui que montrent les animaux à leur congénère malade.....

« Un des chapitres les plus tristes de l'histoire de l'humanité serait assurément celui où l'on décrirait la cruauté avec laquelle les fous étaient traités jadis. Ces temps ne sont plus, heureusement; mais il n'en est pas moins instructif de rechercher d'où venaient ces coutumes barbares. Car elles ne furent pas communes à toutes les nations et à toutes les époques; au contraire, elles naquirent de l'ignorance et de la superstition, au temps des ténèbres de l'Europe chrétienne. Quoiqu'aient pensé de la folie les peuples antérieurs aux Grecs anciens, — et il est prouvé que, chez les Egyptiens, le traitement des fous était singulièrement éclairé et humain, — il est certain que les Grecs s'en faisaient une idée relativement exacte. Elle était pour eux une maladie dont la guérison exigeait à la fois des remèdes pour le corps et des remèdes pour l'esprit, et leur méthode de traitement était conforme à cette théorie. »

Puis vint la barbarie et l'obscurité du Moyen âge, avec sa scholastique vide et subtile, son mysticisme métaphysique accompagné d'un sombre et dur ascétisme religieux. « Le corps n'était plus regardé qu'avec mépris comme un objet vil et dégradé : c'était le temple de Satan, la demeure des plaisirs charnels qui font la guerre à l'âme; aussi fallait-il veiller et le tenir dans une sujétion constante, le crucifier chaque jour avec ses affections et ses jouissances. L'esprit emprisonné dans

ce limon terrestre n'avait qu'une aspiration pure et impérissable, celle de s'en dégager. Telle était la doctrine monstrueuse des rapports de l'esprit et du corps. Où une théorie rationnelle de la folie aurait-elle pu trouver place dans un tel milieu de pensées et de sentiments?.....

« Or, un fait dont les exemples abondent dans l'histoire, c'est que la pratique subsiste souvent longtemps après que la théorie qui l'a inspirée a perdu tout crédit. Il ne faut donc pas s'étonner que la barbarie dans le traitement des fous ait survécu à la croyance des possédés; mais on est justement surpris qu'elle ait pu se prolonger jusqu'au commencement de ce siècle. Cette anomalie apparente trouve son explication, je crois, si l'on songe que, dans le domaine de l'esprit, les idées métaphysiques ont prévalu bien après que la science inductive avait envahi et conquis les autres départements de la nature. La théologie et la métaphysique ayant des intérêts communs furent naturellement amenées à s'allier étroitement, afin de conserver l'entière possession du domaine de l'esprit et de mettre une limite aux progrès de la recherche inductive. De par leurs notions favorites sur la nature de l'esprit et ses rapports avec le corps, on regardait comme impossible et on eût dénoncé comme un sacrilège d'aborder l'étude de ces choses par l'observation physique et médicale. Supposer qu'on pouvait pénétrer au plus secret du sanctuaire de la nature par l'humble porte des fonctions somatiques, quelle glorification impie et injustifiable du corps, ce foyer de toute impureté, ce vase corruptible formé sur la terre et de la terre! Quelle abominable dégradation de l'esprit, incorruptible, céleste et venu des dieux, participant enfin de l'immortalité divine!.....

« Mais enfin, les hommes reconnurent que la folie est une maladie et que, comme toutes les autres maladies, elle peut être soulagée ou guérie par des soins médicaux et moraux; ils en revinrent au point où en étaient les Grecs; et la lutte commença pour nous dégager des liens d'une théologie erronée et d'une métaphysique perniciense. Nous n'en sommes point encore complètement sortis. Bien des gens montrent un ardent

désir et s'efforcent énergiquement d'interdire à la recherche physique les fonctions supérieures de l'esprit et particulièrement le prétendu sens moral et la volonté ; et c'est encore la vieille tendance métaphysique qui détermine, dans les affaires où la folie est alléguée et la responsabilité mise en question, le critérium consacré et suivi par les tribunaux.....

« Le but du médecin, dans le traitement de la folie, c'est de faire agir, directement ou indirectement, les moyens dont il dispose sur les éléments nerveux en désordre. Or, en s'étudiant à atteindre ce but, il apprend vite combien sont nombreux les organes et les fonctions somatiques auxquels il a réellement à faire. Quand on définit l'esprit une fonction du cerveau, il ne faut pas, en effet, se méprendre et supposer par là que le cerveau soit le seul organe intéressé dans la fonction de l'esprit. Il n'est pas dans le corps un seul organe qui ne soit en relation intime avec le cerveau au moyen de ses fils de communication nerveuse, qui ne soit, pour ainsi dire, en correspondance spéciale avec lui au moyen de fibres intermédiaires ; et qui, par conséquent, n'affecte plus ou moins manifestement, plus ou moins spécialement, la fonction du cerveau en tant qu'organe de l'esprit.

« C'est donc tout récemment, depuis qu'on a reconnu la nature de la folie et qu'on traite les fous comme des malades, que des tentatives systématiques ont été faites pour utiliser les matériaux précieux fournis par leur histoire et pour les employer à la construction d'une science mentale positive. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui on peut poser comme axiome incontestable que l'emploi de la méthode physiologique est la condition essentielle pour arriver à la connaissance scientifique de l'esprit, à une notion exacte de la nature de ses désordres et à un traitement sûr de ses maladies. »

J'ai pensé que la lecture de ces quelques extraits constituait le plus bel éloge qu'on pût faire de l'éminent penseur anglais. Avec lui nous sommes loin des théories émises dans ces dernières années quand on nous demandait de proscrire de notre langue pour le remplacer par le terme barbare de psychopathes le mot aliéné qui exprime si bien, dans son sens étymologique et profond, les caractéristiques de l'état même qu'il désigne.

On retrouve dans Maudsley les principes de notre école française, de l'école des Esquirol et des Falret où l'on usait de termes élégants et précis pour énoncer des idées claires et où l'on eût refusé d'employer le jargon pseudo-scientifique actuel, cet amalgame de grec et de latin de la décadence dont la mode nous est venue d'Allemagne.

Les idées de Maudsley ont exercé une profonde influence sur notre époque, elles ont puissamment contribué à rénover la médecine légale des aliénés. C'est pourquoi je vous prie de vous associer à nos collègues et à nos amis anglais pour déplorer sa perte et pour lui apporter l'hommage respectueuse de la Société médico-psychologique.

J'ai encore le regret de vous annoncer la mort, survenue récemment à Nice, d'un de nos collègues étrangers, M. le D<sup>r</sup> de Castro qui sur la proposition de M. le D<sup>r</sup> Motet président, fut élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique, le 29 janvier 1883. D'origine italienne, M. le D<sup>r</sup> de Castro était, à cette époque, médecin de l'Asile d'aliénés de Constantinople.

### *Rapport de candidature.*

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Fillassier, Truelle et Roubinovitch, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. le D<sup>r</sup> Landan (Eber) au titre de membre correspondant étranger de la Société médico-psychologique.

Né à Rieshitza (Russie), en 1878, M. Eber Landan a fait ses études médicales à l'Université de Yourieff (Dorpat) à laquelle il a été attaché, en 1910, en qualité de chargé de cours. Il a quitté la Russie en 1913 et a été nommé, la même année, privat-docent à l'Université de Berne. En 1915, la Faculté de médecine de cette ville l'a engagé en qualité de professeur d'anthropologie. Il était alors âgé de trente-sept ans. Une carrière scientifique aussi rapide et aussi brillante s'explique par des travaux nombreux et importants de notre confrère russe sur lesquels nous reviendrons dans



un instant. Rappelons au préalable que, mobilisé en 1915 par les autorités militaires russes, il a été attaché d'abord au service de neurologie militaire du regretté professeur Dejerine, à la Salpêtrière. Il a été envoyé ensuite dans le service central de psychiatrie de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce en qualité de collaborateur de M. le médecin principal Briand. Après quatre mois de cette collaboration, le D<sup>r</sup> Landau a été nommé médecin principal de 2<sup>e</sup> classe de l'armée russe en France et attaché à une Commission russe de réforme.

Les travaux scientifiques déjà nombreux de M. le D<sup>r</sup> Landau se rangent sous plusieurs rubriques : anatomie histologique, anthropologie, neurologie, neuro-psychiatrie.

Sa thèse de doctorat de 1907 a été consacrée à *l'étude des capsules surrénales dans leurs rapports avec le grand sympathique*. L'auteur y insiste sur les points suivants : l'écorce et la substance médullaire de la capsule surrénale sont de provenance embryologique différente : tandis que l'écorce présente un tissu purement épithélial, la substance médullaire tire son origine des éléments ayant une relation intime avec les cellules du système sympathique ; en outre, entre les artères et les veines des capsules surrénales, il n'y a pas de réseau capillaire ; la substance médullaire possède son système veineux propre ; l'extrait de l'écorce n'agit pas de la même façon que l'extrait de la substance médullaire ; enfin, chez les lapins privés de leurs deux capsules surrénales, la piqure de Cl. Bernard n'a pas déterminé la glycosurie.

Plusieurs publications de notre confrère russe ont trait à l'anatomie et à l'histologie du système nerveux. Il a étudié notamment, à l'aide de mesures nombreuses et détaillées, les *Variations des circonvolutions cérébrales chez les carnassiers*. Il a fait une série de recherches sur le *Mécanisme du développement des circonvolutions cérébrales* et a démontré que ces circonvolutions ne se développent pas toutes en même temps et n'atteignent pas toutes leur épanouissement intégral ; il en existe dont l'accroissement se fait au détriment des autres. M. Landau s'appuie sur ces constatations pour admettre que ce phénomène d'inégalité de déve-

loppement anatomique des circonvolutions cérébrales de chaque individu exerce une influence sur le genre et le degré de son développement intellectuel. Poursuivant ses recherches d'histologie cérébrale, M. Landau s'est occupé du problème si intéressant de la *cyto-architectonie de l'écorce* et il a constaté l'existence d'une relation très intime entre les couches profondes de cette écorce et la corne d'Ammon. Pour lui, la corne d'Ammon n'est pas seulement le rhinencéphale, mais elle constitue la source philogénétique de toute la partie profonde de l'écorce du néo-pallium.

L'anthropologie doit à notre confrère l'invention d'un *appareil pour le cubage des crânes*, une *étude sur les anciens habitants de la Livonie* dont la race rappellerait le type finnois; des *recherches sur les proportions du corps chez les nains et les crétins* dont les membres inférieurs se développent relativement beaucoup moins que les membres supérieurs et sont trop courts pour la tête, laquelle est de dimensions proportionnellement trop grandes.

Ces études anthropologiques ont conduit M. Landau à publier, en 1912, un *Guide pratique d'anthropologie somatique*, en langue russe, guide où il s'inspire nettement des auteurs français.

Dans la *neurologie de guerre*, nous trouvons une contribution de notre confrère, en collaboration avec M. le professeur Dejerine, sur une *Méthode de topographie cranio-encéphalique*, simple et pratique, permettant de préciser dans les blessures du crâne par projectiles de guerre, la partie du cerveau lésé. Notons aussi une communication faite à la Société de Biologie, en 1917, en collaboration avec M. André Thomas, sur la *réaction ansérine*.

La *psychiatrie de guerre* lui doit plusieurs recherches sur la *psychothérapie et la psycho-analyse des psychonévroses*. Dans une communication faite en mai 1917, à l'Académie de Médecine, M. Landau a insisté sur l'utilité de l'isolement psychique dans le traitement des troubles nerveux fonctionnels. Ici même, à notre Société médico-psychologique, il a présenté, en collaboration avec notre collègue Briand, le 30 juillet 1917, une *Etude sur les troubles organiques d'origine fonc-*

*tionnelle chez les militaires commotionnés* et le 25 février 1918, une communication sur les « *Différents procédés de psychothérapie et de psycho-analyse* ».

Citons encore les travaux suivants : *Anatomie comparée du lobe occipital*, étude présentée en 1916, à la Société d'anthropologie. *Contribution à l'étude des cordons postérieurs de la moelle*, en collaboration avec M. André Thomas, in C. R. de la Soc. de Biologie, 1917. *Le cerveau d'élite*, étude anthropologique publiée en 1916 et montrant qu'il n'existe pas jusqu'à présent de signes objectifs permettant de reconnaître, d'après la forme des circonvolutions, la nature des aptitudes intellectuelles de la personne à laquelle le cerveau appartenait. Un mémoire sur un nouveau réflexe : *Réflexe radio-pronateur supérieur*, publié dans le *Paris médical*, en 1917.

Par cette rapide énumération de travaux de M. Landau, énumération qui est loin d'être complète, on se rend compte de l'activité scientifique très ample et très variée de notre confrère dont l'esprit chercheur et inventif a déjà glané si utilement dans le vaste champ de la neuro-psychiatrie. Aussi, votre Commission vous propose-t-elle d'accepter favorablement la candidature de M. Éber Landau au titre de membre correspondant étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Landau est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

### Quelques statistiques sur la fréquence de la paralysie générale.

par M. ROGER MIGNOT, médecin en chef de Charenton.

Je m'excuse auprès de la Société de présenter les documents qui vont suivre sous la forme d'une communication. Plus modestement, ils auraient pu s'insérer dans la discussion soulevée par M. Delmas, au sujet de la paralysie générale, mais il m'aurait été difficile, sans le secours du papier, de citer tous les chiffres nécessaires à mon exposé.

La Maison de Charenton hospitalise en temps de paix les militaires de carrière devenus aliénés et appar-

tenant au Gouvernement militaire de Paris. J'ai pu aussi me former une opinion sur la fréquence relative des diverses affections mentales chez les militaires en temps de paix et en temps de guerre.

Mon intention est de vous entretenir aujourd'hui de la paralysie générale.

Tout d'abord chez les civils, en temps de paix, cette maladie motive 25 p. 100 des admissions dans le service des hommes (statistique établie sur 876 internements).

Cette proportion est élevée si on la compare à la moyenne de 15 p. 100 indiquée par les classiques. Elle est même sensiblement supérieure à la proportion de 20 p. 100 trouvée par M. Briand, à Sainte-Anne, en 1913.

Ces pourcentages différents nous invitent, une fois de plus, à tenir compte du milieu d'observation avant d'interpréter les indications fournies par les statistiques. Je n'insiste pas sur ce point, car il est admis que la paralysie générale est plus fréquente dans les classes aisées et cultivées de la société qui précisément fournissent la clientèle habituelle de mon service.

Mais, dans ce même milieu d'observation, j'ai trouvé des différences considérables suivant les professions : alors que sur 100 aliénés appartenant aux carrières civiles prises en bloc, 25 sont atteints de paralysie générale, je compte 61 paralytiques sur 100 militaires de carrière internés en temps de paix.

Cette proportion a lieu de surprendre et des explications sont nécessaires.

Si, dès le temps de paix, la paralysie générale apparaît comme beaucoup plus commune chez les militaires que chez les civils, cela tient tout d'abord aux conditions dans lesquelles les statistiques sont établies, mais cela tient aussi, à mon avis, à ce que les conditions professionnelles d'existence des militaires favorisent l'éclosion de cette maladie :

Dans les statistiques civiles, on compte des malades de tous les âges et de toutes les formes d'aliénation mentale. Or, certaines affections ne peuvent figurer, en nombre appréciable, chez les militaires de carrière ; telles sont l'idiotie, l'imbécillité, les psychoses de la puberté, la démence sénile.

D'autre part, les militaires de carrière ont subi, avant

d'entrer à l'armée, des sélections multiples qui tendent à l'élimination d'une foule de psychopathes appelés à grossir plus tard le contingent des aliénés non paralytiques; les psychasthéniques, les abouliques, les timides, les timorés recherchent rarement le métier des armes; les difficultés des concours à l'entrée des écoles éliminent encore un certain nombre de débiles; enfin les exigences des conseils de revision éloignent de l'armée les malades, les infirmes, les faibles de constitution qui sont, assez souvent, en même temps des prédisposés mentaux.

Bref toutes ces éliminations finissent par faire du corps des officiers un organisme social où les tares mentales graves sont plutôt rares et où par conséquent les formes dégénératives si nombreuses de la folie sont exceptionnelles.

Par contre, les candidats à la paralysie générale échappent à tous ces modes d'élimination en raison de leur âge et en raison de ce que cette maladie compte parmi les plus indépendantes de la constitution primitive du sujet.

Cependant l'intervention dans la statistique des facteurs *âge et sélection* n'est pas suffisante, à mon avis, pour expliquer, à elle seule, cette proportion de 61 p. 100. Il faut admettre également l'influence de facteurs qui résultent de l'exercice même de la profession.

Ce sont, dès le temps de paix, les traumatismes, les fatigues, les émotions, les intoxications et les infections particulièrement fréquentes dans le métier militaire.

Les statistiques établies dans mon service vont appuyer cette opinion :

Dans les antécédents de 20 p. 100 des officiers paralytiques, j'ai retrouvé l'existence de traumatismes crâniens, le plus souvent consécutifs à des chutes de cheval. J'en'ai tenu compte que des accidents sérieux, c'est-à-dire accompagnés de signes non douteux de commotion cérébrale.

D'autre part, l'insolation a été relevée dans les antécédents de 10 p. 100 des officiers paralytiques.

Enfin, en temps de paix, il est toute une catégorie de militaires qui vivent dans des conditions particulières

rement défectueuses et qui se rapprochent de celles de l'état de guerre. Ce sont les coloniaux. Aussi la paralysie générale est-elle chez eux plus commune encore que chez leurs camarades de la métropole : parmi les 20 officiers paralytiques traités, en dernier lieu avant la guerre, dans mon service, 7 appartenaient à l'armée coloniale et avaient enduré pendant plusieurs années les fatigues anémiantes du séjour dans les pays chauds, les infections et les intoxications de la vie coloniale et quelques-uns les dangers et les émotions non négligeables de la guerre contre les indigènes. Sur l'ensemble des officiers de toutes armes atteints de paralysie générale, 7 p. 100 avaient des antécédents paludéens avérés.

Si, d'après nos statistiques du temps de paix, la paralysie générale frappe avec prédilection les militaires de carrière, la fréquence de cette maladie ne va-t-elle pas être influencée par la guerre, c'est-à-dire dans le moment où les facteurs professionnels acquièrent leur maximum d'intensité?

Les statistiques de Charenton répondent affirmativement; mais avant d'en examiner les résultats, il importe de rappeler qu'en temps de guerre le milieu militaire ne représente plus un organisme social particulier aussi sélectionné qu'en temps de paix. Il représente, ou peu s'en faut, la nation en armes et ne diffère pas sensiblement du milieu civil dans les mêmes limites d'âge. Les conditions dans lesquelles on établit les statistiques se trouvent donc perturbées. Néanmoins à Charenton, sur 792 militaires admis du mois d'août 1914 au 1<sup>er</sup> janvier 1918, 215, soit 27 p. 100, étaient atteints de paralysie générale.

Cette proportion est bien éloignée des 61 p. 100 trouvés en temps de paix chez les officiers, mais les conditions, nous l'avons vu, sont toutes différentes puisqu'en temps de guerre « le militaire se recrute dans le civil ». Et pourtant cette proportion de 27 p. 100 est supérieure à celle qu'indiquent les classiques 15 p. 100 et à celle de 20 p. 100 que M. Briand a trouvée à Sainte-Anne.

Fait plus significatif encore, *la paralysie générale augmente dans mon service au fur et à mesure que la guerre se prolonge*. De 19 p. 100 en 1914-1915, la

proportion passe à 29 p. 100 en 1916 et à 34 p. 100 en 1917.

N'y a-t-il pas là une preuve de l'influence de la guerre sur le développement de la paralysie générale?

J'ai recherché dans les archives de Charenton les variations produites par les événements de 1870-1871 sur le mouvement de la population.

Pendant les cinq années qui ont précédé et les cinq années qui ont suivi cette guerre franco-allemande, la moyenne des entrées a été respectivement de 132 et de 134. Par contre, en 1870, 158 hommes ont été admis et 162 en 1871.

Enfin, en 1871, sur 67 militaires internés, 20 étaient paralytiques d'après le diagnostic de Calmeil, ce qui représente 29 p. 100, proportion supérieure à la moyenne du temps de paix.

Tous ces documents, tant anciens que récents, permettent de déduire que la guerre a une influence non douteuse sur l'éclosion de la paralysie générale.

Aussi démonstratives que m'apparaissent mes statistiques, elles sont entachées cependant d'un vice originel qui diminue singulièrement leur signification. Comme le faisait remarquer M. Arnaud, les statistiques particulières ne sont valables que pour le seul milieu où elles ont été établies. En généraliser la signification ce serait commettre une erreur de critique.

J'aurais épargné à la Société la lecture de ces documents personnels s'il n'avait pas été nécessaire d'opposer, aux chiffres fournis par M. Delmas, des chiffres non moins exacts que les siens, mais qui permettent des conclusions diamétralement opposées à celles qu'il a cru pouvoir tirer des statistiques établies au Val-de-Grâce.

Le moment n'est pas encore venu de rechercher dans les statistiques la preuve que la guerre actuelle joue, ou ne joue pas un rôle, dans l'étiologie de la paralysie générale. Il nous faut attendre que la paix soit rétablie depuis plusieurs années et que les renseignements recueillis dans toute la France soient réunis et soigneusement critiqués.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de mettre sous vos yeux des indications relatives à la guerre de 1870-1871.

D'après le « Résumé rétrospectif de l'Annuaire statistique publié par le ministère du Travail en 1909 » Tableau III, p. 33, le nombre des aliénés traités pour paralysie générale en France a été :

En 1871 de 6.450 ;

En 1872 de 6.896 ;

En 1873 de 7.768 ;

En 1874 de 7.927.

En 1875, alors que l'influence de la guerre cesse de se faire sentir, le nombre des paralytiques tombe à 4.386 pour ne plus progresser que d'une façon insensible et se stabiliser dès lors aux environ de 5.000.

En faisant remarquer qu'il s'agit là d'une statistique générale à toute la France, je m'abstiendrai de tout nouveau commentaire.

#### DISCUSSION

M. TRENEL. — A mon avis, il ressort de ce tableau non pas la preuve de l'influence de la guerre sur la fréquence de la paralysie générale, mais le fait que, pendant la guerre, le diagnostic de la paralysie générale est plus précocement fait.

M. MIGNOT. — Je crois, au contraire, que beaucoup de paralytiques généraux qui, s'ils étaient civils, seraient internés par leur famille, sont conservés par l'armée aussi longtemps que possible.

M. ARNAUD. — Je ne suis pas de l'avis de M. Trenel, puisque ce n'est pas pendant la guerre, mais surtout aussitôt après la guerre que nous voyons augmenter le nombre des paralytiques généraux, dans l'intéressante statistique apportée par M. Mignot. Dans la période envisagée, ce n'est ni en 1870, ni en 1871, mais en 1874 que nous trouvons le chiffre le plus élevé, chiffre qui décroît considérablement pendant les années suivantes.

La séance est levée à 5 h. 15.

*Les secrétaires des séances.*

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.



---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ITALIENS

### **Rivista sperimentale di freniatria.**

(Année 1912. Volume XXVII. Fasc. 4).

I. — *Sur une forme de stéréotypie fréquente chez les phrénasthéniques*; par le Dr Polvani. — Kahlbaum a décrit, dans la démence précoce qui porte son nom, la catatonie comme l'un des symptômes cardinaux de la maladie : c'est lui qui a introduit en psychiatrie le terme de folie spastique. Weygandt a défini d'une façon trop large la stéréotypie : une répétition de quelques représentations mentales; pour Kraepelin, la stéréotypie serait caractérisée par la durée excessive d'impulsions motrices se traduisant par la répétition fréquente d'un même mouvement; pour le professeur de Munich, ni le négativisme, ni le mutacisme n'appartiendraient à la stéréotypie. Polvani définit la stéréotypie comme un phénomène *cinésiodique* de la vie psychique anormalement prolongé et uniformément persistant. On rencontre très fréquemment la stéréotypie dynamique chez les phrénasthéniques, les imbéciles et les idiots, alors que la stéréotypie statique est très rare chez ces sujets. Cette stéréotypie affecte généralement la forme d'un mouvement de balancement du corps avec participation de la tête, alternativement en avant et en arrière dans la position assise (Bergamasio); la tête parcourt naturellement, à chaque oscillation, un arc plus étendu que le reste du corps. Bergamasio dit que cet état n'existe que chez les idiots. Polvani l'a rencontré chez tous les arriérés. Il deviendrait de plus en plus occasionnel à mesure qu'on s'élève dans la série des phrénasthéniques : ce serait un caractère ataxique de dégénérescence; ce mouvement n'a pas une origine unique ni une pathogénie univoque. On peut cependant dire, d'après Polvani, que, dans un certain nombre de cas, ce mouvement oscillatoire serait en rapport avec une altération du métabolisme de certaines zones de l'axe encéphalo-rachidien.

II. — *Tentatives pour isoler des aires remarquables par leur structure dans la substance blanche de la moelle épinière*; par le Dr Perusini. — Lorsque l'on fixe un bloc de tissu nerveux, il arrive que les bords de ce bloc, qui sont tout d'abord en contact avec le liquide fixateur, montrent une structure différente du reste du bloc. Chez le lapin normal, on a, dans la substance blanche de la moelle épinière, trois zones concentriques, d'aspect différent, déjà décrites par Vorsoni. L'auteur a étudié, à ce point de vue, des chiens, des cobayes, des chèvres. La première de ces zones est très nettement individualisée dans la moelle dorsale du chien; au contraire, la seconde et la troisième le sont peu, surtout dans les cordons postérieurs et dans la moitié dorsale du cordon antéro-latéral, dans lesquels on remarque des aires circonscrites à contours assez nets. Entre la zone marginale d'un côté, l'aire considérée et le cordon restant de l'autre côté, entre la zone marginale et les trois aires des cordons postérieurs, il y a, dans la moelle du chien normal, des différences de structure aussi bien dans les préparations de la névroglie que dans celles des cylindraxones et des gaines myéliniques; les particularités des détails de la structure de la zone marginale naturelle de certaines aires de la moelle et les particularités artificielles correspondantes de la zone marginale dans ces aires mêmes dépendent de ce que le type fondamental de structure des zones marginales (type commun aux zones naturelles et artificielles) y présente des variations de détail dues à des particularités de structure des aires elles-mêmes. Laisant de côté la question de savoir si les différences de structure qu'on relève au microscope entre les aires données de la moelle épinière du chien dépendent de différences de structure antérieures à la fixation, l'auteur retient que, de toute façon, par leur topographie, ces aires apparaissent différentes du reste de la moelle. Dans ces zones, ce sont les dissociations des fibres nerveuses et les altérations concomitantes de la névroglie et des vaisseaux qui permettent d'établir s'il s'agit ou non de processus pathologiques par altération des fibres. Il faut aussi, pour que l'on puisse affirmer qu'il s'agit de lésions pathologiques, que l'architecture de la névroglie des vaisseaux et des fibres nerveuses dans leurs rapports soit altérée, en tenant compte de la différence d'action des liquides de fixation sur les parties superficielles et sur les parties profondes de la moelle.

III. — *Un cas exceptionnel de paralysie progressive*; par

le D<sup>r</sup> Petrazzani. — La grande originalité de ce cas consiste précisément en ce qu'il ne fut pas progressif : il dura vingt-trois ans et resta environ dix-neuf ans dans un état de rémission partielle inébranlable. L'adjectif générale ne s'applique guère à la maladie de Bayle. Le cas en question a été traité pendant vingt ans à l'asile de Reggio Emilia : il a été suivi, outre Petrazzani, par Tamburini et ses collaborateurs Giucciardi et Riva, Orre, Pighini, Milani. A l'entrée, le sujet, secrétaire de mairie, présentait un affaiblissement partiel et inégal de l'intelligence, de la conservation de l'affectivité, de la mémoire des faits anciens. Se laissant, d'ailleurs, assez difficilement examiner, ce cas rappelle ceux de Bianchi, Dautreberte et Marchand, Ferrus, etc. La guérison, ou tout au moins les rémissions importantes de la paralysie générale, outre leur importance théorique, ont un intérêt pratique sentimental, puisqu'ils permettent de reclasser plus ou moins dans la société un homme que l'on croyait irrémédiablement perdu. Elles encouragent aussi aux essais thérapeutiques, trop négligés de nos jours, surtout ceux basés sur la connaissance des guérisons spontanées. Or, les rémissions succèdent généralement à la triple action de la diarrhée, de la suppuration et de la fièvre. C'est donc aux phénomènes qui engendrent ces états que doit s'adresser la thérapeutique de la paralysie générale. Or, à Vienne, dès 1888, Wagner, von Jouregg, Pilcz, et, en Italie, Marro, Ruata, et, plus récemment, Tamburini et Forli, se sont inspirés de cette méthode. Le malade que nous considérons a eu de la diarrhée profuse et prolongée, des poussées de fièvre, de larges abcès au sacrum, qui ont réalisé la triade curative dont nous parlions à l'instant. Buvat préconise les grands lavages et Donath la modification de l'endothélium intestinal. Nous ne saurions parler ici de l'hypothétique *Bacillus paralyticus* de Robertson qui produirait un empoisonnement de tout l'organisme. On a pu avoir recours, pour provoquer la fièvre, à la tuberculine. Tamburini, récemment, a employé le nucléinate de soude et d'autres pyrétogènes excitant la phagocytose et surtout l'abcès fixateur de Fochier, de Lyon, et même l'antique séton, si délaissé de nos jours, et la diarrhée qui amène une décharge de toxines.

IV. — *Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale (hyperplasie partielle)* ; par le D<sup>r</sup> Forli. — On connaît l'hypertrophie congénitale partielle, d'après les travaux de I. Geoffroy Saint-Hilaire, bien qu'on en ignore la cause et même l'époque

de début, avant ou après la naissance. Boinet a étudié la macrodactylie dès la naissance; Clatto, la macropodie : il semblerait donc qu'au moins parfois cet état soit fœtal. Le sujet considéré par Forli était un homme de vingt-huit ans, qui présentait, dès la naissance, de l'hyperplasie de la moitié droite du corps, du membre supérieur droit, de la ceinture scapulaire et de l'oreille droite. On connaît 183 cas de cette anomalie, dont 20 seulement au membre inférieur. L'hypertrophie totale du membre supérieur est 19 fois plus fréquente à droite qu'à gauche. Est-ce dû, comme le croit Pollosson, à des troubles de la circulation pendant la vie intra-utérine par dilatation des lymphatiques ou des artères? Barivel croit que la lésion débute par la tunique moyenne des artères. Est-ce, comme le croient d'autres, à une position vicieuse du fœtus ou à une altération du cordon ombilical? Trélat et Monod y voyaient le résultat d'une parésie des nerfs vaso-moteurs. D'autres, une irritation en foyer des zones de croissance des épiphyses. Duplay et Leblanc se rattachent à la théorie des métamères de Brissaud. Mauclair et de Bovis les rapprochent des nævi. Klippel admet une théorie analogue. La tératologie expérimentale n'a pas beaucoup avancé la question. Caglioti a trouvé des brides anatomiques à l'autopsie. Gayet y voit une altération contemporaine de l'ecto et du mésoderme.

L. WAHL.

---

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

*La protection des faibles (assistance et bienfaisance)*, par Georges Rondel, inspecteur général au ministère de l'Intérieur. 1 vol. in-18 de l'*Encyclopédie scientifique* publiée sous la direction du Dr Toulouse. Paris, O. Doin et fils, 1912.

Comme à toutes les époques on reprochera sans doute bien des choses à la nôtre; mais j'espère qu'il lui sera beaucoup pardonné par l'équitable postérité, parce qu'elle aura beaucoup fait pour les faibles et les déshérités, les malades et les infirmes. L'œuvre d'assistance et de bienfaisance, accomplie depuis un tiers de siècle, est, en effet, considérable, toute à l'honneur de ceux qui l'ont entreprise et réalisée. M. Georges Rondel en a dressé le bilan dans le très intéressant volume que nous signalons à l'attention de nos lecteurs. Ils y trouveront sur les questions traitées les renseignements les plus exacts et les plus précis, l'auteur, en sa qualité d'inspecteur général au ministère de l'Intérieur, ayant pu puiser à bonne source les documents utilisés.

M. Rondel divise son sujet en trois parties principales qui correspondent aux trois phases de l'existence sociale de l'individu.

La première, avant la lutte, comprend l'enfance et l'adolescence. La protection et l'assistance doivent d'abord s'adresser à l'enfant à naître par l'aide procurée à la mère avant son accouchement; puis plus tard cet enfant doit être sauvegardé; de là, le service des enfants assistés, les orphelinats et maisons d'éducation réformatrices, le patronage de l'adolescence, etc.

La seconde, pendant la lutte, a une très grande extension. Les nécessités d'une protection efficace se font particulièrement sentir durant cette phase; les secours aux adultes en argent ou en nature dans les diverses circonstances de la vie: chômage involontaire, insuffisance de salaire eu égard aux charges de famille; l'assistance par le travail; le relèvement des individus et des familles tombés dans la misère, par le patronage moral et certaines institutions appropriées, comme le rapatriement, le prêt d'honneur, etc.

La troisième, après la lutte, comprend l'assistance aux vieillards, aux infirmes, aux incurables, les retraites ouvrières et paysannes, les pensions civiles, etc. Un chapitre spécial est consacré aux institutions philanthropiques pour vieillards peu aisés.

On voit par ce rapide résumé tout ce que le sentiment de la solidarité sociale est arrivé à créer pour protéger l'enfance, combattre la misère et venir en aide à la vieillesse privée de ressources. Beaucoup a été fait; beaucoup reste encore à faire. M. Rondel nous indique les *desiderata*, mais il ne cache pas les difficultés de la tâche à accomplir. S'il compte beaucoup sur l'intervention de l'Etat, il n'espère pas moins de la bienfaisance privée. Aussi consacre-t-il un chapitre à cette dernière, qu'il intitule : « Guide des fondations charitables. »

Dans un livre sur la protection des faibles, il devait nécessairement être question de l'assistance aux aliénés. L'auteur n'y a pas manqué, et les pages qu'il a consacrées à cette « classe de malades, particulièrement dignes de pitié », sont des plus justes et pleines de bon sens. Nous n'en voulons pour preuve que la page suivante que nous nous faisons un devoir de reproduire.

« La possibilité de se servir de la législation de 1838 pour perpétrer des séquestrations de personnes saines est cependant un des motifs couramment invoqués en faveur de la revision de la loi sur les aliénés. » Aujourd'hui, « les formalités d'internement sont très simples; mais la protection multiple dont un malade se trouve entouré dès son entrée à l'asile rend impossible le maintien d'une personne saine dans un asile français, même maison de santé privée, sans les complicités les plus hautes, et les plus graves. Au surplus, la démonstration du bien-fondé des internements qu'on soupçonne d'être abusifs résulte une fois de plus de la vaste enquête que M. Clemenceau, président du Conseil, fit entreprendre par toute la France en dehors du contrôle habituel de ces établissements. On discute sur quelques cas douteux, on fit même sortir certains malades dont plusieurs durent être bientôt réintégrés, et les quelques-uns demeurés en liberté le durent surtout à l'application de la loi d'assistance aux incurables qui permet de procurer depuis 1907 une pension viagère aux déments susceptibles de vivre en liberté, mais incapables de subvenir à leurs besoins par le travail.

« L'opinion générale sur la séquestration provient de l'idée

fausse que le public se fait d'un aliéné. La masse du peuple se figure encore le fou comme un furieux ou comme un dément avancé...

« Que l'on fasse intervenir la magistrature plus activement dans les placements, les malades ne peuvent qu'y gagner parce que cela amènera les tribunaux à les mieux connaître; mais la solution du problème n'est pas dans ce sens, elle est dans la facilité de plus en plus grande avec laquelle les malades et leurs familles devront accepter le traitement des affections mentales.

« Alors, le nombre des guérisons se multipliera, les guérisons seront plus complètes et les rechutes infiniment plus rares. Alors aussi s'effacera cette tare qui s'attache encore à la dernière des maladies honteuses, parce qu'on ne se rend pas compte de la quantité des personnes vivant en liberté dont la mentalité est plus ou moins altérée, et que l'on tarde à voir dans l'aliénation une affection contractée comme toutes les autres par la rencontre de causes occasionnelles avec des prédispositions naturelles. »

On ne saurait mieux dire, et cette page, excellente à tous égards, suffit pour montrer aux lecteurs des *Annales* que le livre de M. Rondel, richement documenté, est une œuvre digne d'être lue et méditée.

ANT. RITTI.

---

*Mental adaptation* (Adaptation mentale), par Frederic Leyman Wells, psychologue à Mc Lean Hospital, Waverley, Mass. Extrait de « *Mental Hygiene* », janvier 1917. Brochure in-8° de 20 pages.

Tout être vivant doit, pour conserver la vie, s'adapter au monde extérieur dans trois directions différentes : nourriture, défense contre l'ennemi, reproduction. A mesure que les organismes deviennent plus compliqués, les difficultés augmentent. L'aptitude à l'adaptation peut être étudiée chez les animaux par des procédés de laboratoire; chez l'homme, cette étude est singulièrement plus compliquée. L'expérimentation peut s'adresser d'une façon directe et immédiate aux instincts des animaux, mais non pas aux tendances de l'homme, tendances dont le rôle, d'ailleurs, est loin d'être aussi capital. L'auteur n'entend donc envisager, dans l'étude de l'adaptation chez l'homme, que les mobiles qui conditionnent son attitude en face

du monde extérieur. Il y a de bonnes et de mauvaises adaptations. Chacune de nos impressions contient un nombre considérable d'associations mentales, d'images, d'états affectifs qui peuvent influencer — en bien ou en mal — sur le sens de nos réactions vis-à-vis de la cause qui les a produites. L'abus du raisonnement n'a pas moins d'influence; il détourne trop souvent de l'action. Nous cherchons à nous tromper nous-mêmes en « rationalisant » nos actes à outrance, c'est-à-dire en leur assignant un mobile qui satisfait les tendances de notre personnalité, mais qui n'est pas le mobile réel.

L'auteur continue en analysant la religion, comme principe d'adaptation; l'amour, la richesse, et les restrictions qu'ils nécessitent à ce même point de vue; la nécessité de se vouer à un idéal personnel en tant que règle de conduite, etc. Il termine par quelques considérations judicieuses sur l'éducation, qui devrait avoir pour but, non le savoir, mais la préparation à l'action. Ceux qui ont charge d'âmes doivent aussi être attentifs à ce fait que l'égoïsme est la source principale des mauvaises adaptations mentales. Le désir de Jupiter s'éloigna de la nymphe Thétis quand il sut qu'elle devait lui donner un fils qui surpasserait son père; mais il n'est pas un homme de cœur qui voudrait demander à la vie plus que ce qui fit peur au maître de l'Olympe: des enfants qui soient meilleurs que lui-même.

A. CULLERRE.

---

*The mecanism of paranoia* (Le mécanisme de la paranoïa), par E. Stanley Abbot, M. D. chef de clinique et pathologiste à Mc Lean Hospital, Waserley, Mass. Brochure in-8° de 11 pages (Extrait du « *Journal of nervous and mental disease* », avril 1917).

L'auteur, à propos d'un cas pur de délire d'interprétation (Paranoïa), se livre à une analyse minutieuse du mécanisme psychologique qui préside au développement de cette forme mentale. Les interprétations délirantes ne semblent être, au fond, que des idées préconçues rendues indéracinables par l'intensité et la persistance des phénomènes émotionnels et affectifs qui ont favorisé leur éclosion et qui continuent à les entretenir. Il y faut, en outre, un terrain particulier, une imagination très active, des sentiments très tranchés et qui s'opposent: la sympathie, la haine ou la répulsion. Freud a montré avec quelle puissance se gravent dans la mémoire certaines impressions ou



certaines pensées liées à de très fortes émotions de l'enfance, au point d'influer d'une façon indélébile sur l'ensemble de la personnalité : il semble qu'il y ait de cela dans l'origine et la genèse du délire d'interprétation. Ces malades n'aboutissent pas à la démence vraie ; cependant, avec l'âge, leurs interprétations délirantes deviennent plus nombreuses, moins vraisemblables, plus puériles, sans que les facultés, dans leur ensemble, manifestent d'affaiblissement marqué.

Une remarque, en passant : l'auteur consacre trente lignes de son court mémoire à exposer en détail les opinions changeantes et successives du professeur Kraepelin, de 1904 à 1915, sur ce syndrome psychopathique ; mais des Français qui, de 1860 à 1909, l'ont d'abord signalé, puis isolé, et enfin magistralement décrit, pas un mot. Est-ce que les noms des Morel, des J. Falret, des Sérieux et Capgras n'ont pas encore franchi l'Atlantique ?

A. CULLERRE.

*La genesi storica del valore italiano (La genèse historique de la valeur italienne)*, par le Prof. Antonini. Broch. in-8°, Vercello, typ. Zania, 1917.

La guerre actuelle a pour but, en Italie, d'arracher aux Tedeschi détestés les provinces irrédentistes de Trente et de Trieste : l'Alsace-Lorraine de nos frères transalpins. Pour triompher, les Boches ont eu recours à une honteuse campagne défaitiste qui explique le recul de l'armée italienne, qui s'est bientôt ressaisie sur les bords de la Piave. Cet insuccès momentané ne doit point faire oublier ce que fut la campagne merveilleuse où, à 3.000 mètres au milieu des neiges éternelles, alpins et bersagliers tinrent les ennemis en respect et leur arrachèrent même Gorizia. Les Latins, qu'ils soient de France ou d'Italie qu'ils combattent, à Verdun ou sur l'Isonzo, conservent leur personnalité, ils ne sont point des machines dressées comme leurs adversaires.

Antonini montre que, depuis la destruction de l'Empire romain par Odoacre, l'Italie a, comme la France, une tradition militaire continue.

Les Italiens, depuis le Moyen âge, ont conscience de leur valeur qu'ils ont tant de fois montrée contre les barbares descendus des Alpes, depuis le temps des luttes des Guelfes et des Gibelins. Nous ne saurions, nous Français, oublier que les

Italiens, nos frères, furent nos compagnons de lutte contre l'hégémonie allemande depuis des siècles, qu'ils nous furent unis, lors de l'épopée napoléonienne aussi bien qu'aux jours inoubliables de Magenta et de Solferino. N'oublions pas non plus qu'aux heures sombres de la défaite, la seule main qui se soit tendue vers nous fut celle de Garibaldi, le glorieux vainqueur de la bataille de Nuits.

Ceci n'est peut-être pas de la psychiatrie, mais les *Annales médico-psychologiques* ont dès leur origine réservé une place importante à l'étude des problèmes de la psychologie normale et il n'en est point de plus intéressant que la lutte actuelle du Droit contre la Force brutale.

L. WAHL.

*In alto i cuori! (Haut les cœurs!)*, par le Prof. Antonini. Broch. in-8°, Milano, Mombello, novembre 1917.

C'est un vibrant appel de clairon que ces quelques mots au moment de la défaillance bientôt réparée de l'armée italienne. Notre distingué collègue rappelle le but de la guerre actuelle et les luttes furieuses qu'autrefois l'Italie a eues à soutenir pour sa liberté et pour le triomphe des idées démocratiques aux temps de Crescentius et des Ciompi. Les Allemands représentent, comme au temps des Guelfes, la barbarie, le militarisme et la tyrannie. La mésaventure arrivée sur les rives de l'Isonzo avait été prévue depuis deux ans avec une grande sagacité par le Prof. E. Lugaro : il « connaissait les agissements des espions, des traîtres, des gazetiers vendus, des politiciens cyniques, des idiots sans patrie, des tripoteurs faméliques, des jouisseurs de l'inconscience prolétaire et toute cette tourbe » qui chez nous aussi a essayé de la campagne défaitiste.

Cet affreux cauchemar qu'a vécu Milan et que nous avons supporté avant la bataille de la Marne s'est heureusement évanoui. Honneur à ceux qui, comme Lugaro et Antonini, n'ont point désespéré de la Patrie!

L. WAHL.

# VARIÉTÉS

## LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

*Commission spéciale de contrôle neuro-psychiatrique.* — Conformément aux vœux adoptés, le 20 décembre 1917, par la réunion des chefs de Centres de Neurologie et de Psychiatrie, et de la Société de Neurologie, M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire a décidé la création d'une Commission spéciale de contrôle neuro-psychiatrique.

« Cette Commission, écrit M. le Sous-Secrétaire d'Etat dans les considérants de son arrêté, est chargée du contrôle technique des Centres de Neurologie et de Psychiatrie. Elle est chargée, en outre, de proposer les solutions médico-légales pour les cas litigieux ou rebelles ressortissant à la Neurologie et à la Psychiatrie (convalescence, réforme temporaire, réforme définitive, sanctions militaires, etc.). Elle est appelée à fonctionner, principalement pour les cas traités dans les Centres spéciaux de rééducation fonctionnelle et exceptionnellement pour les autres cas qui lui seraient soumis par moi-même. Elle pourra fonctionner aussi sur mon ordre, à la suite de votre demande et après propositions des chefs de Centres. D'une manière générale, elle examinera elle-même, sur place, tous les cas qui lui seront soumis. »

Cette Commission est composée de: MM. SOUQUES (Achille), DUPRÉ (Ernest), CLAUDE (Henri) et D. FROMENT.

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Dans sa séance du mardi 17 avril 1918, l'Académie de Médecine a élu, par 46 voix sur 58 votants, membre de la section d'hygiène et de médecine légale, M. le Dr ERNEST DUPRÉ, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police.

## NÉCROLOGIE

Dr HOMERY. — Nous apprenons la mort du Dr Homery, décédé récemment dans sa soixante-dix-septième année.

Homery (César-Julien) était né le 16 octobre 1841. Après

un an d'internat à l'asile de Nantes, dans le service du D<sup>r</sup> Petit, il se fit recevoir docteur en médecine et s'installa à Bouaye (Loire-Inférieure) pour y exercer la médecine. Mais il avait pris goût aux études médico-psychologiques; il demanda donc à entrer dans le service des aliénés et fut nommé, en septembre 1873, médecin adjoint de l'asile d'Evreux. Trois ans après, il fut promu médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère); il resta sept ans dans ce poste, qu'il quitta en 1883 pour prendre la direction de l'asile de Quimper. Sa dernière étape fut l'asile de Bourges, où il fut nommé médecin-directeur en 1897 et qu'il ne devait quitter que le 31 juillet 1910 pour prendre sa retraite.

Homery s'installa alors au Pornichet; il y exerçait la médecine lorsque la guerre éclata; il reprit alors du service dans les asiles et fut appelé à l'asile de Cadillac, où il devait mourir.

A notre connaissance, notre regretté confrère n'a publié aucun travail scientifique sur notre spécialité; il fut surtout un administrateur, remplissant avec conscience les fonctions qui lui étaient confiées.

#### MONUMENT V. MAGNAN.

Un groupe d'anciens élèves, d'amis et de confrères du D<sup>r</sup> V. Magnan, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef honoraire du Service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne), a eu la pensée de constituer un Comité à l'effet d'élever à ce savant maître un monument rappelant sa longue vie de dévouement aux malades, son enseignement, ses travaux et l'influence qu'il exerça sur la médecine mentale française.

En raison des circonstances actuelles, le Comité se bornerait aujourd'hui à se constituer, sans exercer aucune autre action avant la fin des hostilités.

Nous publierons la liste des membres du Comité dans notre prochain numéro.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du mardi 19 mars 1918, l'Académie de médecine a reçu communication des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé dans la même séance, à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse.

**PRIX BAILLARGER.** — N° 1. Le bain somnifère. Son

emploi en médecine mentale, par MM. les D<sup>rs</sup> P. Paillet et L. Morel, de Paris.

N° 2. De l'organisation des asiles publics d'aliénés de la Seine après la guerre, par M. le D<sup>r</sup> A. Rodiet, médecin en chef de la colonie familiale des aliénés de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

Commission : MM. Hayem, Troisier, Babinski.

PRIX CHARLES BOULLARD. — N° 1. Alcoolisme chronique et clinique mentale, par M. le D<sup>r</sup> Benon, médecin de l'hospice générale de Nantes.

Commission : MM. Vallin, Chantemesse, Wurtz.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *L'hémiplégie cérébelleuse.*

N° 1. Devise : *Asthénie, atonie, astasie. ne sont si difficilement dissociables que parce que, selon toute apparence, ce ne sont que les manifestations externes d'un même processus.* » (Luciani.)

Commission : MM. Vallin, Letulle, Babinski.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — N° 1. Psychonévroses de guerre, par MM. les D<sup>rs</sup> G. Roussy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et J. Lhermitte, ancien chef de laboratoire à ladite Faculté.

N° 2. L'épilepsie généralisée consécutive aux traumatismes de guerre cranio-cérébraux, par M. le D<sup>r</sup> Fernand Netter, médecin aide-major de 2<sup>e</sup> classe, détaché à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à Fresnes.

N° 3. L'infantilisme hypophysaire, par le D<sup>r</sup> Stéphen Chauvet, de Paris.

Commission : MM. Letulle, Marie (Pierre), Babinski.

PRIX HENRI LORQUET — N° 1. La désertion devant l'ennemi, par MM. les D<sup>rs</sup> J. Blum et J. Poisson, médecins aides-majors aux armées.

Commission : MM. Delorme, Marie (Pierre), Babinski.

PRIX SABATIER. — N° 1. Série de travaux et publications sur des études médico-légales de guerre, par M. le D<sup>r</sup> Chavigny, médecin principal de 2<sup>e</sup> classe, médecin-chef du Centre neuro-psychiatrique de la ...<sup>e</sup> armée, S. P. 16.

N° 12. Commotions et émotions de guerre, par M. le D<sup>r</sup> Léri (André), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef du Centre neurologique de la ...<sup>e</sup> armée.

Commission : MM. Delorme, Balzer, Marie (Pierre).

PRIX VERNOIS. — N° 5. La cocaïne, son trafic. Etude d'hygiène sociale, par MM. le D<sup>r</sup> Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux et René Giroux, interne des hôpitaux de Paris.

Commission : MM. Bucquoy, Bourquelot, Vincent.

## CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIMUM

*Arrestations de trafiquants de stupéfiants.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 7 mars 1918) :

Des inspecteurs ont arrêté, boulevard de Clichy, rue Lepic et rue de Maistre, les nommés Gustave Aymar, dix-huit ans, sans profession, Jean Marras, vingt-deux ans, élève pharmacien et Roger Tardy, dix-huit ans, tous trois sans domicile fixe. Ces individus, sur qui l'on a trouvé de grosses provisions de « coco », vendaient le poison à de jeunes femmes de Montmartre. Pour se faire reconnaître de leurs clientes, ils avaient comme signe distinctif une cravate rouge. Ils sont maintenant au dépôt.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du 12 avril 1918) :

Au moment où elles vendaient une vingtaine de paquets de cocaïne, deux femmes, Yvonne Chamberlain, dite Yvonne de Lancy, vingt-quatre ans, et Louise Dubois, vingt-trois ans, habitant 79, boulevard de Clichy, ont été arrêtées.

## LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

*Aliénée qui brûle ses valeurs.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du 7 février 1918) :

M<sup>me</sup> Victorine Preux, soixante-seize ans, demeurant 49, rue Fabert, donnait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale. Hier, profitant de l'absence de sa bonne, la vieille dame s'empara d'une liasse de valeurs, obligations, papiers de famille, bijoux, et y mit le feu. Les valeurs détruites se montent à une somme importante. La malheureuse a été internée aussitôt.

*Incendie.* — On écrit de Freneaux-Mont-Chevreuil (Oise) au *Petit Journal* (numéro du samedi 23 février 1918) :

Un évadé de l'asile d'aliénés de Clermont, Louis Pécot, cinquante et un ans, après avoir passé la nuit dans la grange à récoltes de M. Rebours, cultivateur, a mis le feu à la grange qui fut détruite ainsi que les récoltes. L'incendiaire a été arrêté.

## TRIBUNAUX

*Défaitisme.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 17 avril 1918) :

Le 10 septembre dernier, dans un train allant de Paris à Rambouillet, M<sup>me</sup> Adelina Gaultier, dite Foncette, liait conversation avec le cavalier Semant, de retour du front. On peut imaginer les propos qu'elle lui tint quand on saura que M<sup>me</sup> Gaultier, compagne de Sébastien Faure, fréquente assis-

dûment des milieux libertaires depuis 1893. Elle critiqua vivement la conduite de nos officiers et exprima l'avis qu'il fallait les laisser sans soins s'ils venaient à tomber. Quelle douceur !

Deux infirmières, qui avaient entendu la conversation, dénoncèrent, à la descente du train, M<sup>me</sup> Gaultier au commissaire de police. Le cavalier remit en outre au magistrat la brochure qu'elle venait de lui passer : *Paul Savigny, ou l'histoire d'un homme qui ne voulut pas tuer.*

L'accusée, intimidée, relativement adoucie, répond au président du conseil de guerre d'un ton très correct :

— Il y a une grande exagération dans les propos qu'on me prête. Je n'ai fait que répondre au cavalier ; je n'étais pas dans mon état normal, mais je n'ai rien dit de répréhensible. Je ne suis coupable que d'avoir remis la brochure, que je n'avais pas lue entièrement, et qui m'avait été distribuée à une réunion libertaire.

*Le Président.* — « Dans une lettre qu'il vous adressait, Sébastien Faure dit qu'il a compté sur vous pour distribuer très intelligemment les papillons qu'il vous envoie.

— « Il s'agissait de papillons pour l'annonce d'un conseil.

*Le Commissaire du gouvernement.* — « On a saisi chez vous un stock de brochures poussant à la désobéissance.

— « Je ne les lisais pas. »

Le D<sup>r</sup> Maurice de Fleury, chargé de l'examen mental de la prévenue, estime qu'elle n'a qu'une responsabilité limitée.

« Elle a été, durant trois ans, l'instrument moral de Sébastien Faure. C'est une déprimée constitutionnelle ; sa bonté malade est dangereuse ; un seul mot, brusquement jeté au cours de la conversation, la grise. Je puis dire qu'elle a commis ses actes dans une sorte de griserie émotive. »

Après réquisitoire du commandant Jullien et plaidoirie de M<sup>e</sup> A. Salle, le 3<sup>e</sup> conseil a condamné l'accusée à deux ans de prison avec sursis et 500 francs d'amende.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IX<sup>e</sup> VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

	PAGES
V. Magnan. Sa vie, son œuvre ( <i>suite et fin</i> ); par le Dr Paul Sérieux.	5

### I. — Chronique.

Ayons le culte des anciens aliénistes français; par le Dr Victor Parant père. . . . .	60
L'idéalisme et l'objectivisme cérébral contemporains; par le Dr Paul Voivenel . . . . .	177
Pour la médecine mentale française; par le Dr Alexandre Paris.	193

### II. — Psychologie.

Les grands inquiets. Contribution à la psychologie des grands hommes; par les Drs Deswarte et Marguerite Jannin : I. Saint Augustin. . . . .	196
II. Pascal. . . . .	337
La psychologie dans le recrutement et l'organisation de l'armée américaine; par le Dr R. Mourgue. . . . .	354

### III. — Pathologie.

Pathologie de l'attention. Etude d'un syndrome d'aprosodie systématisée; par le Dr Chavigny . . . . .	72
Aperçu général sur la psychiatrie d'un service d'armée; par le Dr Henri Damaye . . . . .	91
Traumatisme et délire hallucinatoire chronique; par les Drs R. Benon et P. Denès. . . . .	99
Le délire d'interprétation; par le Dr J. Capgras . . . . .	221 et 361
Syndrome psychique atopique chez les blessés cranio-cérébraux, observé quelques mois après la blessure; par le Dr Mignard . . . . .	241
Notes de psychiatrie musulmane; par le Dr Porot . . . . .	376

### IV. — Médecine légale.

« Don Quichottisme »; par les Drs A. Porot et René-A. Gutmann . . . . .	108
Rapport médico-légal sur l'état mental de K... F..., prévenu d'assassinat. Deuxième expertise; par les Drs Max Egger, François Naville et Paul-Louis Ladame . . . . .	248 et 385



## DEUXIÈME PARTIE

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

## I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 20 octobre 1917.</i> — Mort de MM. Urquhart, Armand Laurent et Régis fils : MM. Chaslin, Ritti. . . . .	121
<i>Séance du 26 novembre 1917.</i> — Correspondance : MM. Legras, Régis, André Collin. — Critique d'une statistique médicale, par M. Jean Lautier. Discussion : MM. Vallon, Colin, Chaslin, Lautier, Arnaud, Pactet, Dupain . . . . .	122
<i>Séance du 29 décembre 1917.</i> — Correspondance : MM. Legras, Haury, Paul Voivenel. — Election du Bureau de 1918. — Rapport de M. Truelle sur la candidature de M. André Collin; élection. — Proposition de M. le Trésorier : M. Pactet. . . . .	267
<i>Séance du 28 janvier 1918.</i> — Installation du Bureau : MM. Chaslin, Colin. — Correspondance : MM. René Charpentier, Delmas, André Collin, Raymond Mallet, Aug. Wimmer, H. Colin, Ch. Vallon. — Nomination d'un secrétaire des séances. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Traitement brusque des mutités-aphonies psychonévrosiques par la respiration artificielle, par MM. Maurice Mignard et André Gilles. Discussion : MM. Vigouroux, Pactet, Juquelier, Briand. — Sur la peur morbide acquise, par M. Paul Voivenel. Discussion : MM. Vallon, Voivenel, Arnaud, Vigouroux, Colin, Briand, Séglas. Vote des conclusions de M. Paul Voivenel. . . . .	272
<i>Séance du 25 février 1918.</i> — Correspondance : MM. Legras, René, Charpentier, Funaioli, Landau. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Aug. Wimmer; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Mallet; élection. — Désertion paradoxale. Fugue récidivante chez un mélancolique intermittent, par M. René Charpentier. Discussion : MM. Briand, Séglas, Pactet, Vallon, Trenel, Capgras, Delmas, René Charpentier. — La paralysie générale et la guerre, par M. A. Delmas. Discussion : MM. Dupouy, Arnaud, Delmas. — Exposé de quelques méthodes nouvelles de psychothérapie, par M. E. Landau. Discussion : M. Briand. . . . .	401
<i>Séance du 25 mars 1918.</i> — Correspondance : MM. Bettancourt-Rodrigues, Semelaigne, Mallet, Gilles. — Mort de MM. Maudsley et de Castro : M. Colin. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Landau; élection. — Quelques statistiques sur la fréquence de la paralysie générale, par M. Mignot. Discussion : MM. Trenel, Mignot, Arnaud. . . . .	434

## II. — Revue des journaux de médecine.

## SOCIÉTÉS SAVANTES (1911).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie. . . . .	131
L'alcool comme agent provocateur de l'hystérie et de l'épilepsie. . . . .	133
L'alcoolisme et les débits de boissons alcooliques à Turin . . . . .	134
L'alcoolisme dans l'armée. . . . .	135

	PAGES
Mentalité et réactions psychologiques dans l'alcoolisme. . . . .	136
Identité clinique et étiologique du delirium tremens et de certains états confusionnels épileptiques. . . . .	136
Contribution clinique aux rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie à Aversa. . . . .	136
Epilepsie et dégénérescence en rapport avec l'alcoolisme. . . . .	137
Epilepsie et alcoolisme dans l'émigration transocéanique italienne. . . . .	137
Contribution à l'étude de l'action physiopathologique du vin et des alcools. . . . .	137
Anatomie pathologique des démences. . . . .	138
Etude de la gourme du chien au point de vue de la pathologie comparée du système nerveux. . . . .	140
Dégénérescences vraies et apparentes des fibres nerveuses de la moelle épinière. . . . .	140
Contribution à la connaissance des produits de désassimilation du système nerveux. . . . .	141
Réaction de Wassermann dans la clinique des maladies nerveuses et mentales. . . . .	141
Lésions des cellules nerveuses dans la démence. . . . .	142
Cytoplasmatoctes et plasmatoctes à contour (cellules de Perusini) dans la paralysie générale. . . . .	142
Lésions neurofibrillaires dans la paralysie générale. . . . .	142
Un cas de kyste du cervelet. . . . .	143
Cas atypique de paralysie générale étudié histologiquement. Rémission entre deux phases de la maladie. . . . .	143
Sur un cas de sclérose en plaques d'origine syphilitique. . . . .	144
Nosographie de la paranoïa. . . . .	144
Sur la paranoïa. . . . .	145
Constitution paranoïaque et périodes d'excitation. . . . .	146
Sur la nosographie clinique de la paranoïa et de la démence précoce paranoïde. . . . .	146
Sur les conditions morales et économiques des médecins et des infirmiers des asiles publics et privés. . . . .	147
Propositions en faveur des médecins et des infirmiers des asiles privés. . . . .	147
Projet d'une statistique des aliénés, méthodique et uniforme. . . . .	148
Nécessité d'une statistique des émigrants italiens aliénés rapatriés d'Amérique. . . . .	149
Folie morale et Code pénal militaire. . . . .	149
Prophylaxie morale dans l'armée. . . . .	150
Folie chez les militaires en campagne. . . . .	150
Organisation du service médico-psychiatrique dans l'armée. . . . .	151
Psychothérapie dans les états psychopathiques. . . . .	151
La pellagre dans l'Ombrie dans ses rapports avec les nouvelles vues pathogéniques sur la pellagre. . . . .	151
Assistance familiale des aliénés dans la province d'Ancône. . . . .	151
Nouvelle méthode de traitement de la paralysie générale. . . . .	152

## JOURNAUX ITALIENS (1912 et 1914)

(Anal. par le Dr L. WAHL.)

Adénoïdisme et troubles psychiques. . . . .	309
Hypothyroïdisme et myxœdème. . . . .	310
Fines altérations des cellules nerveuses consécutives à l'action de quelques poisons. . . . .	311

	PAGES
Nouvelles observations de nids cellulaires dans les ganglions spinaux humains . . . . .	312
Sur un cas de psychose onirique. . . . .	313
Auto-tranmatismes et auto-mutilations chez les aliénés. . . . .	313
Sur le mérycisme . . . . .	314
Sur la fonction des lobes frontaux . . . . .	315
Conformations variées de l'organe de l'ouïe. . . . .	316
Le manicomme de Pérouse. Impressions et souvenirs. . . . .	317
En l'honneur du professeur C. Agostini . . . . .	318
Sur une forme de stéréotypie fréquente chez les phrénasthéniques. . . . .	445
Tentatives pour isoler des aires remarquables par leur structure dans la substance blanche de la moelle épinière. . . . .	446
Un cas exceptionnel de paralysie progressive. . . . .	446
Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale (hyperplasie partielle) . . . . .	447

### III. — Bibliographie.

Les auxiens. Etude clinique, par les Drs Devaux et Logre (Anal. par le Dr Ant. Ritti). . . . .	153
Rapport à la députation provinciale de Milan sur la première année du fonctionnement du service de l'hôpital militaire de réserve de Mombello, par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr L. Wahl). . . . .	156
Automatisme et suggestion, par le Dr H. Bernheim (Anal. par le Dr Cullerre). . . . .	159
Manuel de psychiatrie, par le Dr J. Rogues de Fursac (Anal. par le Dr Cullerre). . . . .	160
Les écneils mentaux de l'adolescence, par le Dr Stedman (Anal. par le Dr Cullerre). . . . .	161
La psychiatrie allemande dans l'histoire et dans l'actualité, par le professeur Lugaro (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). . . . .	319
Troubles mentaux de la guerre, par le professeur Jean Lépine (Anal. par le Dr Ant. Ritti). . . . .	322
Le courage, par les Drs Louis Huot et Paul Voivenel (Anal. par le Dr Ant. Ritti). . . . .	323
Méthode d'examen psychiatrique et neurologique, par le Dr Aug. Wimmer (Anal. par le Dr Ang. Ritti). . . . .	328
Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée. Peut-on utiliser les imbéciles? par le Dr Lautier (Anal. par le Dr P. Bonhomme). . . . .	329
Discours de l'honorable Carl S. Vrooman, sous-secrétaire d'Etat au département de l'Agriculture des Etats-Unis (Anal. par le Dr A. Cullerre). . . . .	330
La protection des faibles (assistance et bienfaisance), par M. Georges Rondel (Anal. par le Dr Ant. Ritti). . . . .	449
Adaptation mentale, par le Dr Frederic Leyman Wells (Anal. par le Dr A. Cullerre). . . . .	451
Le mécanisme de la paranoïa, par le Dr E. Stanley Abbot (Anal. par le Dr A. Cullerre). . . . .	452
La genèse historique de la valeur italienne, par le professeur Antonini (Anal. par le Dr L. Wahl). . . . .	453
Hant les cœurs! par le professeur Antouini (Anal. par le Dr L. Wahl). . . . .	454

## IV. — Variétés.

PAGES

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : Dr Urquhart, Dr Armand Laurent. — Prix de l'Académie de Médecine. — Des précautions à prendre contre la dépression mentale des soldats. L'examen scientifique de la valeur mentale des recrues, tant pour l'armée de terre que pour la marine, montrera si elles sont capables de résister aux fatigues de la guerre. — Les aliénés en liberté. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Faits divers. . . . .	162
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : M. L. Wahl. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Prix de la Société médico-psychologique. . . . .	333
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : M. Ernest Dupré. — Nécrologie : Dr Homery. — Monument V. Magnan. — Prix de l'Académie de Médecine. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux . . . . .	455
Table des matières du tome IX de la 10 <sup>e</sup> série . . . . .	460



*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*